



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica
Relatório de Estágio

Contributos do Enfermeiro Especializado no Controlo da
Infeção do Doente Grande Queimado

Maria João P. Salsinha Varela Mendes

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Contributos do Enfermeiro Especializado no Controlo da
Infeção do Doente Grande Queimado

Maria João P. Salsinha Varela Mendes


Orientador: Professor Doutor Jorge Ferreira

Co-Orientador:

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Decorative green wavy lines in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, leaf-like shapes in various shades of green.

*“Não basta dar os passos que nos devem
levar um dia ao objetivo, cada passo deve ser
ele próprio um objetivo em si mesmo, ao
mesmo tempo que nos leva para diante”*

Goethe

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no oceano.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma
gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À minha Mãe, meu porto de abrigo e minha inspiração, sem ela nada disto seria possível.

Às minhas filhas, luz dos meus dias, que me faz ser sempre mais forte.

Ao meu marido, meu confidente, sempre presente e disponível com palavras de apoio e incentivo, por maior que fosse a distância.

Ao professor Jorge, pela sua disponibilidade, gentileza, e importante apoio, dando-me força para continuar este percurso, lembrando-me qual o objetivo final.

Aos meus amigos, que tantas vezes me telefonaram com mensagens de incentivo e de encorajamento, nos momentos mais difíceis, e que me fizeram retomar o caminho.

Aos meus colegas de trabalho, que sempre me apoiaram durante este percurso e com quem tenho o privilégio de partilhar os meus dias engrandecendo-os.

Aos orientadores dos locais de estágio, assim como a todos aqueles com quem tive o prazer de poder trabalhar, proporcionando-me as melhores experiências de aprendizagem, e pela generosidade em partilharem comigo conhecimentos.

Aos doentes e famílias, elementos vitais na construção deste percurso, e que me fazem aprender e crescer tanto diariamente.

A ti pai, que permaneces sempre comigo... obrigada por iluminares o meu caminho.

A todos muito OBRIGADA!

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, fazendo cumprir o desígnio da unidade curricular Estágio com Relatório. Deste modo este relatório pretende apresentar as intervenções realizadas e o desenvolvimento de competências no decurso dos estágios através da reflexão crítica sobre as experiências vividas nos contextos de estágio. Os estágios desenvolveram-se em três locais distintos, e todos eles tiveram um impacto muito positivo no percurso do desenvolvimento de competências, e decorreram num serviço de Urgência Central polivalente, numa Unidade de Queimados e num GCL-PPCIRA.

As queimaduras são uma das formas de trauma mais devastadora e traumática, e uma importante causa de morbilidade e mortalidade, tendo como principal causa a infeção. Dados revelados no inquérito de prevalência da infeção em Portugal, divulgados pela DGS (2009), revelam que as maiores taxas de prevalência da infeção surgem nas unidades de cuidados intensivos e unidade de queimados. Apesar dos avanços no tratamento do doente queimado, a maior arma contra a infeção são a prevenção e o controlo da mesma, medidas simples que fazem a diferença, e que muitas estão ao alcance dos profissionais prestadores de cuidados. O enfermeiro é o profissional que maior contato direto tem com o doente, o que representa um desafio acrescido na prevenção, controlo e reconhecimento precoce da infeção no doente grande queimado.

Os objetivos delineados para este estágio visaram o desenvolvimento de competências especializadas gerais no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, e o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em todos os seus domínios, nomeadamente da intervenção na prevenção e controlo da infeção, assim como atingir o nível de perito na área da prevenção da infeção do doente queimado, de acordo com os níveis de competência definidos por Patricia Benner.

Palavras-chave: Doente Queimado, Controlo da Infeção, Prevenção da Infeção.

ABSTRACT

The present document comes under the scope of the 7th Master's Degree in Critical Care Nursing of Lisbon's Nursing School (ESEL), fulfilling the purpose of the course's unit with a written internship report. This way, this report intends to present the nursing interventions and the development of competencies in the course of the internships through critical reflection on the experiences lived in the different contexts. The internships were developed in three distinct places, all of which had a very positive impact on the development of competencies, being these a Central Emergency Department, a Burns Unit and an Infection Control Commission (GCL-PPCIRA).

Burns are one of the most devastating and traumatic forms of trauma and an important cause of morbidity and mortality, with the main cause being infection. Data revealed in the survey of prevalence of infection in Portugal released by the DGS (2009), show that the highest prevalence rates of infection arise in the intensive care units and burns unit. Despite advances in the treatment of the burned patient, the major weapon against infection is its prevention and control, simple measures that make the difference and many are within the reach of health professionals. Nurses are the professionals that have more direct contact with the patient, which represents an increased challenge in prevention, control and early recognition of infection in the severe burned patient.

The aims outlined for these internships were the development of general nursing specialist competencies in the field of professional, ethical and legal responsibility, quality improvement, care management and professional learning, and the development of specialized competencies in the care of the person experiencing complex processes of critical illness and / or organ failure in all its domains, namely in infection prevention and control, as well as reaching the level of expert in the area of prevention of infection of the burned patient, according to the levels of competence defined by Patricia Benner.

Keywords: Burned Patient, Infection Control, Prevention of Infection.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ASCQ – Área de Superfície Corporal Queimada

CCI – Comissão de Controle de Infecção

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EPI's – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecção Adquirida pelos Cuidados de Saúde

ICP - Intervenção Coronária Percutânea

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

PCR – Paragem Cardio-respiratória

PNCI – Plano Nacional Controle de Infecção

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa Prevenção Controle Infecção e Restrição Antimicrobiana

GL- PPCIRA - Grupo Local do Programa Prevenção Controle Infecção e Restrição Antimicrobiana

PPCIRA - Programa Prevenção Controle Infecção e Restrição Antimicrobiana

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEORICO	21
1.1 Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.....	21
1.2 Controlo da infeção do doente grande queimado	22
1.3 Referencial Teórico de enfermagem para a prática de enfermagem	24
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS	29
2.1 Serviço de Urgência.....	34
2.2 Unidade de Queimados.....	43
2.3 GCL-PPCIRA	54
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

Apêndice I – Diagrama de pesquisa-PRISMA 2009 - Flow Diagram

Apêndice II – Sessão Formativa: Abordagem ao Doente Grande Queimado no Serviço de Urgência

Apêndice III – Sessão Formativa: Higienização das Mãos e o Uso Adequado de Luvas

Apêndice IV – Poster: Descontaminação de Material e Superfícies

Apêndice V – Guia de Observação

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica 2017/18, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e pretende ser o reflexo do percurso desenhado para o desenvolvimento de competências, tendo em vista o futuro desempenho de funções enquanto enfermeira especialista e mestre.

No processo da aquisição de competências é fundamental fazer a ponte entre a teoria e a prática, considerando a experiência adquirida através da prática como uma fonte legítima de saber, diz-nos Collière (2003, p.436), "...é importante que as enfermeiras e os enfermeiros tenham a preocupação constante de reduzir o fosso entre os saberes empíricos adquiridos pela experiência e os saberes teorizados, a fim de restituírem uma mais-valia aos cuidados de enfermagem quotidianos, e por consequência, a quem os presta". A reforçar esta afirmação Benner (2001, p. 61) diz que "a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria". Nesta perspetiva, é imperativo que este percurso de desenvolvimento de competências se faça nos contextos de cuidados de saúde.

Os avanços da ciência e tecnologia despoletam cuidados de enfermagem complexos, situação esta que obriga ao desenvolvimento da enfermagem através de investigação. A investigação em enfermagem exerce uma enorme influência sobre a prática profissional, tornando-se, por esse motivo, numa componente essencial no processo de desenvolvimento e valorização da profissão, necessário para o avanço contínuo da mesma, promovendo assim a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, impõe uma conduta de desenvolvimento contínuo, presente no código deontológico do enfermeiro (2005), através do artigo 88º- Da excelência do exercício, nesse sentido, a aquisição e desenvolvimento de competências tornou-se um imperativo, e tendo em vista a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, nos seus quatro domínios, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, e as competências específicas de enfermeiro especialista em

Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção; maximiza a V intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, tornou-se lógico a realização deste mestrado em enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica.

Para a construção deste percurso a pesquisa de evidência científica foi o substrato que permitiu o seu desenvolvimento. Neste sentido surgiu a realização de uma revisão integrativa da literatura. Para Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 759), “a revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos”. Foi realizada uma pesquisa através do motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. As palavras descritoras da pesquisa inicial foram traduzidas para inglês e validadas em Medical Subject Headings (MeSH)2016 e em CINAHL Headings e posteriormente articuladas com os operadores booleanos AND e OR, chegando desta forma aos artigos que mereceram a análise do seu conteúdo e que permitiram a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (Apêndice I).

Para nortear este percurso, a escolha de um referencial teórico tornou-se condição necessária, facultando princípios que sustentam a prática e ajudam a produzir mais conhecimento. A escolha prendeu-se com a forma como estou e sinto a enfermagem. Desta forma surgiu naturalmente a teoria de longo alcance das 14 necessidades fundamentais, de Virginia Henderson, e a teoria de médio alcance das Transições de Afaf Meleis. Virgínia Henderson (2007), clarifica qual o papel da enfermagem estruturando a definição da disciplina de enfermagem, constituindo-se como um marco importante na afirmação da enfermagem. Para Meleis, a enfermagem, com um corpo de conhecimentos teóricos, enquanto disciplina do conhecimento que se desenvolve e se sustenta na prática, põe ao dispor das pessoas que vivenciam os processos de transição conhecimentos, tendo em vista a facilitação nos processos de transição, na procura da homeostasia e do bem-estar (Meleis, 2013).

O cuidar da Pessoa em situação crítica é uma situação real do contexto onde exerce funções, e foi a motivação chave que me levou a abordar a temática do **Controlo da Infeção no Doente Grande Queimado**, enquanto tópico extremamente sensível às intervenções de enfermagem. A queimadura pode ser definida como uma “Ferida traumática: Rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e *stress*, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infecção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o doente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1º grau, 2º grau e 3º grau.” (CIPE, versão 2015, p.76). O doente que se enquadra nos critérios de admissão a uma unidade de queimados, descritos nas orientações emanadas pelas associações de queimaduras, como a europeia e a norte-americana, pode ser considerado um doente grande queimado. Contudo, e para um melhor reconhecimento do que é um doente grande queimado, consideramos aqueles que apresentam instabilidade hemodinâmica e risco de co-morbilidade e de mortalidade decorrente da situação de queimadura. De acordo com área de superfície corporal queimada, o doente grande queimado é aquele que apresenta uma superfície queimada entre 15 a 25%, uma vez que é a partir desses valores percentuais que a resposta inflamatória sistémica, causada pela destruição tecidular, tem repercussão hemodinâmica que carece de intervenção especializada e imediata (Haberal, 2010).

O grupo profissional que mais diretamente se relaciona com o doente, é indiscutivelmente o enfermeiro, o que coloca a este grupo profissional o desafio da segurança do doente no que concerne ao controlo da infeção. É fundamental que em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente se atue na prevenção da infeção, assim como no controlo da transmissão cruzada de microrganismos. Foi realizado em 2012 o estudo de prevalência de infeção e consumo de antimicrobianos a nível dos hospitais na Europa, que revelou uma taxa de 10,5% em Portugal de doentes que tinham contraído uma infeção durante o internamento, contrastando com 6,1% do conjunto dos países europeus, e que, em Portugal 45,3%

dos doentes estavam a ser tratados com antibióticos, enquanto na Europa essa percentagem era de 35,8%. Apesar dos resultados de novos estudos de prevalência de infeção, realizados em 2017, serem favoráveis, revelando um valor de 7,8%, o que representa um decréscimo nas IACS, ainda é um valor acima da média europeia, o que demonstra a necessidade de continuar a trabalhar na área da prevenção e controlo da infeção, para que se mantenha a tendência global de descida (DGS, 2017).

Dados extraídos do Inquérito Nacional de Prevalência (DGS, 2009), revelam que as taxas mais elevadas verificam-se nas Unidades de Cuidados Intensivos e nas Unidades de Queimados, nomeadamente de 45,7% e de 44% respectivamente.

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, é um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, que se constitui como um programa prioritário. A informação/educação dos profissionais e cidadãos, a vigilância epidemiológica das infeções, da resistência aos antimicrobianos e do consumo de antibióticos e a normalização das estruturas e dos procedimentos e práticas clínicas, são algumas das estratégias específicas recomendadas para atingir o objetivo. Neste sentido, o percurso traçado para este mestrado, entronca numa problemática bem actual, cujo desiderato principal assenta no desenvolvimento do conhecimento que conseqüentemente leva à melhoria contínua das competências e dos cuidados de saúde prestados.

Os estágios decorreram em dois hospitais centrais de Lisboa e um hospital central do Porto, escolhidos em função do projeto individual para este mestrado, e decorreram de 2 de outubro de 2017 e 9 de fevereiro de 2018.

Na elaboração deste relatório, utilizando uma metodologia descritiva, pretende-se fazer uma reflexão crítica sobre as situações de aprendizagem vivenciadas em estágio, sobre a pesquisa bibliográfica efectuada e sobre o desenvolvimento de competências.

Este relatório foi elaborado segundo o novo acordo ortográfico e de acordo com as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos escritos adotadas pela ESEL. Encontra-se dividido em quatro partes, a primeira uma introdução na qual se aflora a necessidade do desenvolvimento de competências na área do controlo da infeção, uma segunda parte de enquadramento teórico, na qual é desenvolvida a temática da prevenção e controlo da infeção no doente queimado,

tendo como suporte a pesquisa bibliográfica realizada através de uma RIL e de pesquisa na literatura cinzenta, assim como se desenvolve o referencial teórico de enfermagem que foram a base dos cuidados prestados, uma terceira parte onde é feita a reflexão sobre o desenvolvimento das competências nos vários locais de estágio, e por ultimo uma conclusão na qual serão feitas as considerações finais sobre o percurso desenvolvido. As referências bibliográficas serão apresentadas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEORICO

Pretende-se demonstrar neste relatório o percurso desenvolvido na aquisição de competências no âmbito da enfermagem especializada à PSC, baseando-se em evidência científica que permita dar-lhe a sustentação necessária, assim como correlacionar a base teórica-científica com a prática.

1.1 Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

De acordo com a DGS, é considerada uma IACS a infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e também pode afetar os profissionais durante o exercício da atividade, e constituem-se como a principal causa para o agravamento do prognóstico da doença de base, aumento da duração do internamento, aumento dos custos na saúde e uma das maiores causas de morte em contexto hospitalar (DGS, 2007). Também o desenvolvimento nos cuidados de saúde, através de novas tecnologias e novas terapêuticas, vieram contribuir para o aumento da IACS. Estudo de prevalência da infeção efectuado em hospitais europeus revela que 10,5% dos doentes internados adquiriram uma infeção durante o internamento, valor percentual acima da média europeia que se fixou em 6,1% (DGS, 2017). Em 2017, a taxa de prevalência de IACS foi de 7,8%, o que demonstrou uma tendência favorável, ainda que sejam valores provisórios. Esta redução na taxa de IACS são reveladoras da preocupação das organizações e profissionais, em implementarem estratégias que visam contribuir para cuidados de saúde mais seguros. As IACS e as Resistências Antimicrobianas, são consideradas uma das maiores ameaças à saúde das populações, situação que despoletou um aumento da consciência da situação a nível mundial. As resistências antimicrobianas, consequência da utilização errada de antibióticos, é também responsável pelo aumento de complicações clínicas, gastos económicos, aumento da morbilidade e mortalidade, ineficiência na atuação do antibiótico contra a infeção causada por bactérias resistentes, o que leva ao internamento prolongado e ao uso de vários antibióticos, engrandecendo os custos em cuidados de saúde, situação muito relevante no equilíbrio financeiro dos sistemas de saúde (Loureiro et al, 2016).

A infeção da corrente sanguínea é considerada uma das infeções associadas aos cuidados de saúde que mais contribui para a morbilidade e mortalidade nos hospitais, e que aumenta os custos dos cuidados de saúde (DGS, 2014). Verificou-se uma melhoria na adesão ao programa de vigilância epidemiológica das infeções da corrente sanguínea, implementado em 2002 pela DGS, tendo abrangido metade dos hospitais públicos no ano de 2012. Contudo a participação mantém-se baixa na região centro e no Algarve. Os hospitais que aderiram, apenas incluíram alguns serviços, o que reforça a necessidade da divulgação das políticas de controlo da infeção, assim como a sensibilização de todos os profissionais de saúde para uma cultura de segurança (DGS, 2014).

1.2 Controlo da infeção do doente grande queimado

A preocupação na prevenção e controlo da infeção tem evoluído ao longo do tempo, acompanhando a evolução técnico-científica, contudo sempre com o mesmo objetivo, o de criar um ambiente seguro na prestação de cuidados ao doente tendo em vista a melhoria contínua da qualidade nos cuidados prestados. A descoberta do microscópio permitiu à comunidade científica identificar microorganismos passíveis de causar infeção e as vias de transmissão, mas a verdadeira “revolução” na prevenção e controlo da infeção surgiu com Florence Nightingale, pela notabilidade que obteve com as medidas que implementava na prevenção e controlo da infeção.

Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010), afirmam que o controlo da infeção entra na esfera da segurança do doente, e é fundamental que em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente se atue na prevenção da infeção assim como no controlo da transmissão cruzada de microrganismos. A este conjunto de ações e recomendações para a prevenção e controlo da infeção designa-se por precauções básicas e são os pilares no controlo da mesma. Adicionada às precauções básicas surgem novas recomendações como a higiene respiratória/etiqueta da tosse, práticas seguras na administração de medicação injetável, o uso de máscara em práticas de alto risco específicas, medidas que vem reforçar os alicerces do controlo da infeção.

De acordo com a definição da, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.9), doente critico é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de

um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”, dentro desta definição enquadra-se também o doente grande queimado, que também é caracterizado por enorme instabilidade hemodinâmica, hidroelectolítica, metabólica e psicológica, com risco de vida se não for atempadamente corrigido (Gomes, Serra & Pellon, 1997). Rowley-Conwy (2010), citando Herndon (2003), refere-se a doente grande queimado adulto como aquele que apresenta uma queimadura de 2º ou 3º grau em 15% ou mais de superfície corporal total queimada.

São várias as complicações que podem surgir decorrentes da própria fisiopatologia da queimadura como o choque hipovolémico, complicações respiratórias por inalação de fumo, insuficiência renal aguda por défice de volume intravascular, dor severa, infeção e não menos importantes as que advêm da experiência psicológica e emocional do doente e família. Apesar dos avanços no tratamento do doente grande queimado, a infeção ainda é a complicação mais frequente e a causa de mortalidade mais frequente. As principais causas de infeção são a ferida provocada pela queimadura, pela alteração na estrutura e função de barreira cutânea com grande carga de colonização bacteriana, imunossupressão, possível translocação gastrointestinal, lesões respiratórias, dispositivos invasivos de diagnóstico, tratamento e internamentos longos (Church et al, 2006).

Dados referentes ao período de Janeiro de 1992 a Outubro de 2004 da National Nosocomial Infections Surveillance System Report (2004), mostram que as taxas de incidência da infeção são mais elevadas nas unidades de queimados com doentes queimados quando comparados com doentes de cuidados intensivos de outras unidades.

O desenvolvimento da infeção do doente queimado depende da presença de três condições, uma fonte de organismos; um modo de transmissão e a suscetibilidade do doente (Weber e McManaus, 2004). Em relação à fonte de organismos esta pode ser endógena, a referente à flora existente no doente, exógena a que provem do ambiente e a que chega ao doente através dos profissionais. O desenvolvimento da infeção no doente queimado sofre variabilidade com o tempo da ferida, do internamento, da precocidade e do tipo de tratamento (médico-cirúrgico) (Rafla e Tredget, 2011). O modo de transmissão que pode ser por contato (direto ou indireto), por gotícula ou por ar, e o ultimo elemento desta tríade a

suscetibilidade do doente, que no caso do doente queimado tem a ausência de barreira física, e com respostas imuno específica e inespecífica ao próprio processo de queimadura, assim como a presença de dispositivos invasivos indispensáveis para o tratamento do doente queimado (Weber e McManaus, 2004).

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais contato direto tem com o doente, e por esse facto são o grupo profissional que tem um papel fundamental no controlo da infeção do doente grande queimado. Torna-se condição *sinequanon* para a prática dos cuidados de enfermagem de excelência, no que concerne ao controlo da infeção conhecer quais os microrganismos mais frequentes, recolher informação sobre estes microrganismos e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades. Weber e Mcmanaus (2004) aludem que existe uma área importante para estudos futuros, referentes às estratégias de precaução adequadas para doentes colonizados com microrganismos com múltiplas resistências, com o objetivo de identificar medidas de custo efetivo que evitem surtos envolvendo outros doentes da unidade.

1.3 Referencial teórico de enfermagem para a prática de enfermagem

Para nortear a prática de cuidados de enfermagem, a escolha de um referencial teórico torna-se condição necessária. A escolha do referencial teórico deve ter por base o tipo de doente no qual se vão centrar os cuidados, pelo que a teoria de longo alcance das 14 Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson e a teoria de médio alcance das Transições de Afaf Meleis pareceram ser aquelas que melhor se enquadravam neste projeto.

Para Virgínia Henderson (2007), o enfermeiro substitui o doente em tudo o que a este faltar de forma a torná-lo completo, total ou independente, será lícito assumir que o doente grande queimado é um doente em que todas as suas necessidades estão alteradas. Para Virgínia Henderson (2007), a prática do enfermeiro deve basear-se nos contributos produzidos pela investigação em enfermagem colocando-os ao dispor dos doentes em atividades essenciais para manutenção da saúde e ou recuperação da mesma, expressados por intervenções autónomas e interdependentes, num contexto de atuação maioritariamente

multiprofissional. As necessidades básicas para Virgínia Henderson são: Respirar normalmente; Comer e beber adequadamente; Eliminar os resíduos orgânicos; Movimentar-se e manter uma postura desejável; Dormir e descansar; Selecionar roupas adequadas; Manter temperatura corporal; Manter higiene; Evitar perigos ambientais; Comunicar-se expressando emoções; Adorar de acordo com a própria fé; Trabalhar de forma satisfatória; Participar de diferentes atividades recreativas; Aprender, satisfazer ou desenvolver as necessidades de saúde utilizando os meios disponíveis. Das necessidades descritas anteriormente, ressalvo as que considero de particular importância na prevenção e controlo da infeção, nomeadamente: manter temperatura corporal; manter higiene; evitar perigos ambientais, não menosprezando todas as outras que contribuem para a prevenção e controlo da infeção. Para Virgínia Henderson, a satisfação das necessidades humanas fundamentais visam atingir o equilíbrio homeostático, com a condição que nenhuma necessidade humana seja sobrevalorizada em relação a outra (Tomey & Aligood, 2004). Defende ainda Henderson (2007), para que o enfermeiro tenha a real perceção da necessidade da pessoa, é necessário o desenvolvimento da componente empática. Nesta componente empática, o enfermeiro tem de desenvolver a capacidade de se colocar no lugar do outro, não deixando de ser quem é, isto é, mantendo a sua individualidade de acordo com o seu quadro de valores.

Para Henderson (2007), o enfermeiro assume o cuidado do doente, porque este não tem o conhecimento necessário para se cuidar, ou a força ou vontade de o fazer. Esta condição é reveladora da complexidade do que é ser enfermeiro, que para além de ter um conhecimento de outras ciências necessárias para o cuidar, que assentam na aquisição de competências científicas, baseadas em evidência actual, tem que ter sempre presente a individualidade de cada doente, Henderson (2007, p. 10) diz-nos que os cuidados de enfermagem são "...de uma variedade infinita, porque não há duas pessoas iguais e cada pessoa interpreta as necessidades humanas de tal forma que cria um padrão singular", este pensamento é demonstrativo do quão complexo é ser enfermeiro. Refere Henderson ainda, que a qualidade dos cuidados de enfermagem depende da qualidade de quem os presta.

Quadro 1 – Pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson



Fonte: Adaptado de Tomey & Alligood, 2004

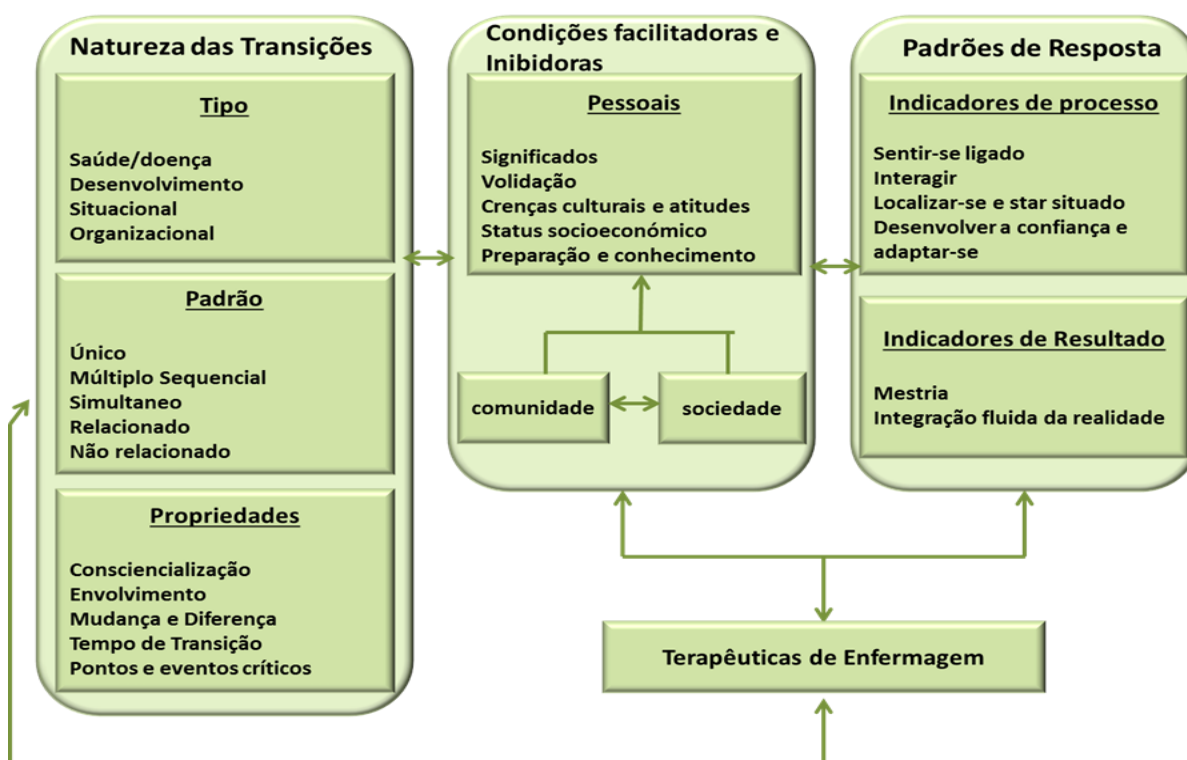
Segundo Meleis (2013) ao longo da vida, a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é um processo dinâmico e temporário que pressupõe mudança com impacto na vida das pessoas. Enquanto enfermeiros, devemos elucidar e ajudar a pessoa que está a passar por este processo de transição nas mais variadas formas e contexto. A experiência da transição exige, por isso, que cada pessoa integre novos conhecimentos, que mude comportamentos,

que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social. As transições são resultado de mudanças e resultam em mudanças (Meleis, 2010).

Para Meleis os enfermeiros podem influenciar os processos de transição, desde que a sua prática seja uma prática centrada na pessoa. A enfermagem, enquanto disciplina com um corpo de conhecimentos teóricos que se desenvolve e sustenta na prática, põe ao dispor das pessoas que vivenciam estes processos de transição, conhecimentos, tendo em vista a facilitação nos processos de transição, na procurando a homeostasia e o bem-estar.

É condição primordial na abordagem das transições vivenciadas pelas pessoas, que o enfermeiro consiga compreender a sua natureza, condições facilitadoras e inibidoras assim como os padrões de resposta a essas mesmas transições.

Quadro 2 - Teoria de médio alcance - Teoria das Transições de Meleis



Fonte: Adaptado Meleis, 2010

Em relação ao tipo, as transições podem ser do tipo saúde/doença, de desenvolvimento, situacional ou organizacional. A transição saúde/doença surge quando existe uma alteração súbita na condição de doença e com isso a

consequente alteração no desempenho de papéis. Demonstrativo de transição de desenvolvimento é a passagem da infância para a adolescência, ou a passagem da idade adulta para a 3ª idade, o que pode trazer potenciais problemas de saúde. Associada à mudança e redefinição de papéis surge a transição situacional, bem exemplificativo desta transição é o papel parental que os jovens pais começam a desempenhar, ou por exemplo alguém que vivência o papel de prestador de cuidados de uma pessoa dependente. Referente a mudanças relacionadas com o ambiente surge a transição organizacional, exemplificada, por exemplo, com a mudança de posto de trabalho no local onde se trabalha.

As transições são geradoras de mudança, contudo pela singularidade individual de cada pessoa que a está a vivenciar, as respostas são tão diferentes como diferentes são os seus protagonistas.

O padrão das transições caracteriza-se pela complexidade das mesmas, uma vez que cada pessoa as experiencia de forma diferente, assim como pode vivenciar apenas uma ou várias ao mesmo tempo. Desta forma as transições assumem o padrão de únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não.

A forma como cada pessoa vivência as transições, relaciona-se diretamente com o seu quadro de referências, o que origina perceções diferentes de pessoa para pessoa. É neste processo de adaptação a uma nova realidade, processo que causa grande instabilidade, incerteza e ansiedade, caracterizada por um padrão de multiplicidade, que o enfermeiro tem um papel fulcral na implementação de estratégias que possam facilitar a adaptação a uma nova situação, traduzindo-se assim num processo de transição saudável.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS

Actualmente as mudanças na sociedade e no mundo são rápidas e imprevisíveis, não só pela mobilidade de pessoas a nível global, assim como pelos avanços técnico-científicos, pelo que a aquisição de competências torna-se num processo em constante evolução. A enfermagem tem vindo a evoluir enquanto profissão, sendo cada vez mais especializada e reconhecida. O enfermeiro foi sentindo necessidade ao longo dos tempos de aprofundar e reflectir sobre as suas práticas, de forma cada vez mais crítica, desenvolvendo competências especializadas.

Competências é um conceito que vai para além da concepção ligada ao domínio do conhecimento, e deve ser entendida enquanto um processo dinâmico e interactivo de mobilização de saberes. Este processo dinâmico e interactivo exige também uma certa flexibilização, uma vez que pode mudar de acordo com a situação e o contexto. Quando cuidamos dos nossos clientes, cuidamos de alguém que tem um quadro de referências próprio, o que nem sempre é uma tarefa fácil, pois devido à individualidade de cada cliente, à situação e ao contexto, impõem-se a coordenação desses diferentes fatores que influenciam o momento. De acordo com Fleury e Fleury (2001) as competências são sempre contextualizadas. Compreende-se então que a competência não é um estado de conhecimento adquirido, nem se centra apenas na esfera do saber e do saber fazer, e entra na esfera do saber utilizar o conhecimento adquirido de forma eficaz. O conhecimento que incorporamos durante o processo de aprendizagem, que é permanente, é um processo que começa por ser individual, posteriormente num grupo e por fim é um processo de aprendizagem na organização. Esta concepção do processo de aprendizagem, que visa a aquisição de competências, revela ser um processo complexo, e é o conjunto destas aprendizagens que constituem a nossa identidade.

Para Alarcão (2001, p.54) “a competência é concebida como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se revela no correto desempenho em situação real”. Já para Le Boterf (1994) a competência constitui um processo dinâmico aliado a uma complexidade própria e em constante (re)construção através da interação entre o sujeito e o meio envolvente.

Fleury e Fleury (2001,p. 191) referem-se à aquisição de competências através de diversas formas de aprendizagem “ Aprendo lendo, aprendo ouvindo, aprendo errando, aprendo na prática, aprendo vivenciando a situação na minha cabeça, aprendo observando os outros”. Esta descrição sobre as várias formas de aprender, são demonstrativas de como estamos constantemente em processos de aprendizagem, assimilando e incorporando esses conhecimentos para mais tarde mobilizá-los. Esta construção que vamos fazendo são de facto as nossas competências, aquelas que devemos saber mobilizar se pretendemos prestar cuidados de qualidade. A aprendizagem, também ela regulada pelas emoções e os afetos, leva à mudança do “eu” enquanto pessoa e enquanto profissional. Corroborando com esta ideia, Fabião (2005), refere que a enfermagem é uma profissão complexa que supõe uma formação que permita o desenvolvimento de competências técnico-científicas, contudo é imperioso e essencial reconhecer a importância das dimensões existenciais, relacionais e afectivas. Neste sentido, as competências profissionais de enfermagem não se limitam à dimensão técnico-científica, vão para além disso, incluindo diferentes áreas e dimensões, das quais as de natureza legal e ético-deontológica, co-relacionando assim as competências com evidência a nível técnico, científico e relacional. No nosso país, o enfermeiro especialista, independentemente da área de especialização, partilha de quatro domínios comuns que são a base da formação especializada em enfermagem: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 122/2011). Destacam-se assim as competências:

Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- I. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- II. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Do domínio da melhoria contínua da qualidade

- I. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- II. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- III. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Do domínio da gestão dos cuidados

- I. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- II. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Do domínio das aprendizagens profissionais

- I. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
- II. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2010), “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. Ao enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, para além das competências comuns do enfermeiro especialista, acrescem as competências especializadas que visam transpor os desafios emergentes da prática, nomeadamente:

- I. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- II. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à acção;

- III. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perente a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Na procura do desenvolvimento profissional, e de acordo com os propósitos considerados pelos descritores de Dublin, procedidos pelo Processo de Bolonha, enquanto processo de reforma do ensino superior, o mestrado em enfermagem, associado a áreas de especialização, visa atingir um nível de competências científicas mais elevadas e avançadas que permitam garantir a continuidade da excelência dos cuidados de enfermagem. De acordo com D'Espiney (2004,p.22), o enfermeiro deve “para além de aprofundar uma área do conhecimento, desenvolver competências de investigação fundamentais à consolidação da disciplina e essenciais à melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à população”. D'Espiney (2004, p.28), define como currículo para o 2º ciclo de formação:

- Aprofundamento de uma área de conhecimento em enfermagem
- Investigação
- Prática da Enfermagem em contexto hospitalar e ou domiciliário e ou na comunidade em matéria de cuidados à pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade, tendo em conta a área de conhecimento seleccionada pelo estudante.
- Seminários de análise de práticas
- Disciplinas de áreas de formação opcional
- Elaboração de uma dissertação.

Ainda de acordo com Dec. Lei 74/2006, 24/3 - alterado pelos Dec. Lei 107/2008 e 230/2009- Graus e Diplomas de Ensino Superior / Processo Bolonha, a obtenção de grau de mestre pode surgir por “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”, neste sentido surge a elaboração deste relatório de estágio.

De acordo com o modelo de Dreyfus, de aquisição de competências, adaptado à Enfermagem por Patricia Benner (2001), a aquisição de competências são descritas em cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Cada nível de desenvolvimento de competências

tem características diferentes que permitem atuação diferente numa situação de cuidados igual. Ao perito, pelo nível de competências adquiridas também podemos de denominar mestre.

Quadro 3 - Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner

Nível desenvolvimento	Caraterísticas
Iniciado	Comportamento tipicamente limitado e rígido; Segue regras e protocolos para guiar os seus actos; Fase inicial de integração num novo serviço.
Iniciado/avançado	Comportamento aceitável; Experiência suficiente para identificarem alguns factores significativos de uma situação; Formula princípios que ditam as acções em termos de atributos e de aspectos
Competente	Trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos Apercebe-se dos seus actos ou dos planos a longo prazo É capaz de realizar um plano que estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre a análise consciente, abstracta e analítica de um problema; Apesar de não ter muita perícia técnica, reconhece que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos.
Proficiente	Apercebe-se de situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados; As suas acções são guiadas por máximas; Sabe quais os acontecimentos típicos de uma determinada situação; Reconhece as situações como um todo; Não toma tanto em conta as possibilidades, orientando-se directamente sobre o problema.
Perito	É portador de uma enorme experiência; Compreende de uma maneira intuitiva cada situação Apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis; Age a partir de uma compreensão profunda de uma situação global.

Fonte: Adaptação de Patricia Benner, 2001

Também o código deontológico do enfermeiro (2003, p.99), é perentório no que concerne ao desenvolvimento profissional, assim no artigo 88º diz-nos que “na excelência do exercício o enfermeiro procura em todo o acto profissional a excelência do exercício assumindo o dever de: analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas; manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as técnicas sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.

2.1 Serviço de Urgência

O Despacho nº 10319/2014 estabelece os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como os padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade, e define o processo de monitorização e avaliação. Neste sentido a rede Nacional de Urgência é contemplada com três níveis de resposta, nomeadamente o Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Ao SUB é exigida a resolução de situações mais simples, e/ou a estabilização das situações de maior complexidade antes do encaminhamento para outra unidade com os recursos necessários para responder à situação de doença. Como segundo nível de acolhimento às situações de urgência surgem os SUMC, devendo existir em rede, assumem-se como serviço de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para os SUP todas as situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou por necessidade de apoio de especialidades que não existentes no SUMC. O SUP é o serviço que presta assistência às situações de urgência e emergência mais complexas, e onde se prestam os cuidados mais diferenciados.

O estágio em serviço de urgência decorreu num SUP, na área metropolitana de Lisboa, dotado de um conjunto diferenciado de recursos materiais e humanos, com uma área de atendimento e outra de internamento, a urgência em questão, é também um Centro de Trauma de referência a nível nacional.

A área de influência deste SUP dá resposta a 310.000 utentes, numa média de 500 doentes admitidos por dia em todas as valências médicas e cirúrgicas.

O sistema de triagem adotado é a triagem de Manchester. Implementada em Portugal desde o ano de 2000, que permite a identificação rápida, de forma objectiva e sistematizada, através de algoritmos, da prioridade clínica, atribuindo um código de cores a cada um dos níveis de prioridade, que vão desde o não urgente ao emergente, e o posterior encaminhamento, para a área de atendimento mais adequada. Este tipo de triagem integra ainda as vias verdes, enquanto sistema de resposta rápida a situações específicas (DGS-Norma 002/2018). Os registos de enfermagem são realizados em suporte informático, no *software* ALERT®. A utilização de *software* informático para registos, não só permite eliminar o uso excessivo do papel, como pelo facto da informação relativa aos doentes estar disponível em rede, permitindo a fácil e rápida consulta, assim como diminui a probabilidade do “erro” ocorrer, devido à disponibilização imediata da informação.

O primeiro contato com o serviço de urgência foi através do enfermeiro chefe, que após receção inicial apresentou o serviço de urgência, percorrendo cada um dos sectores que o integram. Fui apresentada à enfermeira orientadora, que pelo facto de fazer apenas o horário de manhã, me proporcionou que pudesse ter contato com todas as equipas do serviço de urgência, condição que se mostrou bastante enriquecedora a nível pessoal e profissional.

O estágio no serviço de urgência tinha como premissa os seguintes objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem à PSC, altamente qualificados, de forma continua, com vista à manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades;
- Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à PSC queimada, no serviço de urgência;
- Contribuir para a prevenção da IACS em contexto de serviço de urgência.

Os objetivos propostos, tem em vista a aquisição de competências técnico-científicas do enfermeiro especialista. Desta forma pretendi:

- Desenvolver competências no cuidar à PSC na sala de emergência;
- Desenvolver competências na transferência inter-hospitalar da PSC;

- Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a PSC e família da PSC;
- Identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem em relação ao doente grande queimado;
- Desenvolver competências no âmbito da formação;
- Sensibilizar os profissionais do serviço de urgência para a prevenção das IACS.

O serviço de urgência acolhe uma multiplicidade de situações de doença, o que se revela um desafio para o enfermeiro, na medida em que cada situação de doença requer cuidados de enfermagem especializados em áreas tão distintas quanto distintas são as situações de cuidados.

Pela grande diversidade de situações, houve necessidade de definir qual o setor, ou setores, nos quais pretendia desenvolver a minha prática de cuidados. Neste sentido, e indo de encontro ao objetivo geral delineado “Prestar cuidados de enfermagem altamente qualificados de forma contínua, com vista à manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades”, os locais de prestação de cuidados foram a sala de emergência e balcão de atendimento laranja. O balcão laranja por ser o setor que dá resposta às situações urgentes e cujo atendimento deve ser realizado até 10 minutos após admissão do doente, e a sala de emergência, valência do SU que se destaca enquanto área funcional de eleição na abordagem à pessoa em situação crítica, oferecendo uma assistência imediata e diferenciada ao doente emergente, correndo risco de vida, cuja situação clínica necessita de atendimento imediato, e é triado com a cor vermelha.

O SUP, onde decorreu o estágio, tem duas salas de emergência, com capacidade para o atendimento simultâneo de três doentes em situação crítica. Estas salas são asseguradas por dois enfermeiros, contudo o espírito de entreaajuda permite o atendimento dos três doentes. No balcão laranja, os cuidados de enfermagem são também assegurados por dois enfermeiros.

O estágio no SU proporcionou a assimilação dos cuidados ao doente crítico, definido pela SPCI (2008, p.9) como “aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios

avanzados de monitorização e terapêutica”. O atendimento do doente crítico, pela instabilidade que pode apresentar, pressupõe que exista um sistema organizado na prestação dos cuidados. Apesar de ter tido experiência profissional num serviço de urgência durante cerca de 8 anos, a mesma já aconteceu há mais de 13 anos, e fruto do desenvolvimento tecnológico, e do conhecimento científico, os cuidados prestados sofreram importantes alterações, pelo que este campo de estágio permitiu não só a actualização de conhecimentos assim como permitiu adquirir novas capacidades que influenciarão positivamente o meu desempenho profissional.

Durante este estágio no serviço de urgência, fui confrontada com experiências variadas, imprevistas e complexas, que muito enriqueceram este processo de aquisição de competências especializadas, e que constituíram um desafio, na medida em que puseram à prova a minha capacidade de reagir em situações concretas de adversidade, com destreza e segurança. O contexto de urgência imprime características únicas aos cuidados de enfermagem às pessoas que a ele recorrem, e como tal impõem a aquisição de competências especializadas para fazer face a esta exigência, Eggleston (2003, p. 3) refere que a enfermagem de urgência “é uma área da enfermagem personalizada, diversificada e multidimensional. Atravessa todos os grupos etários e inclui cuidados que vão ao encontro da doença e prevenção de traumatismos até às medidas de reanimação para salvar vidas”.

A entrada num serviço de urgência traz, por si só sentimentos de apreensão e medo, agravado pelo carácter súbito da doença que constitui o motivo pelo qual o doente e família recorrem a esse serviço. Alminhas (2007, p.60), perspetiva os cuidados de enfermagem de urgência como “cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente”. Neste sentido entende-se que o desenvolvimento das competências relacionais e a relação de ajuda são fundamentais para praticar cuidados de enfermagem de excelência em contexto de urgência. Uma situação por mim vivenciada, foi a de um doente, sexo masculino, de 45 anos de idade, transferido de outra unidade hospitalar por AVC isquémico, e que despoletou a activação do sistema de resposta rápida Via Verde AVC. Este doente apresentava défices motores, disartria muito acentuada, e alguma inquietude, motivada pelo facto de

querer comunicar e uma vez que o seu discurso era pouco perceptível, tornava-se difícil a comunicação. Coloquei-me junto ao doente, segurei-lhe a mão e perguntei o que o preocupava, como resposta apertou-me a mão, e por entre o seu discurso disártrico entendi que a sua preocupação eram a esposa e as suas duas filhas. Fazia várias questões sobre o que se iria passar, qual iria ser o seu tratamento. Entre as inúmeras questões que tentava fazer, pediu que telefonasse para a esposa, para dizer o que lhe iria acontecer. Tentei tranquiliza-lo dizendo que tudo iria ser feito para ajudar a resolver a sua situação de doença. Acompanhei este doente até ao serviço de radiologia de intervenção, e antes de entrar para a sala de angiografia, voltou a apertar-me a mão e disse “coitadas delas”, presumi que se referia à esposa e filhas. Assisti a todo o processo de trombectomia percutânea, contudo não se conseguiu a revascularização do território afectado. Esta situação deixou a equipa de cuidados consternada. Após o procedimento o doente foi transferido para o serviço de neurologia. Quando regresssei ao serviço de urgência, enveredei esforços em estabelecer o contato com a esposa, conforme a vontade expressa pelo doente, afim de comunicar para onde este tinha sido transferido. Esta situação de cuidados foi de encontro ao desenvolvimento da competência **“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”**, nomeadamente nas unidades de competência **“K.1.4 “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”**, assim como as unidades de competência K.1.5 **“Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”**, e unidade K.1.6 **“Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica”**.

Foram várias as situações de cuidados que permitiram o desenvolvimento das competências relacionais, nomeadamente a relação de ajuda com o doente e família. Mendes (2006, p.71) refere que “os cuidados de enfermagem centram-se nas relações interpessoais, pelo que o relacionamento humano é a componente mais caracterizadora de qualquer quadro de cuidados de enfermagem”.

Outra situação merecedora de uma reflexão mais profunda foi a de um doente que deu entrada no serviço de urgência vindo de um hospital distrital com o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento

ST, acompanhado por médico e enfermeiro. Foi transferido para um hospital central que permitia a realização de Intervenção Coronária Percutânea enquanto tratamento de eleição nestas situações. Este diagnóstico ativou a Via Verde Coronária. Enquanto aguardava a chamada para o laboratório de hemodinâmica apresentou um período de taquicardia supraventricular que reverteu em segundos. Esta situação motivou uma maior preocupação por parte da equipa, colocaram-se pás adesivas na eventualidade de novo evento com necessidade de desfibrilhação. Evidenciado pelo seu rosto percebi que o doente ficou bastante mais ansioso, contudo a equipa continuava preocupada na leitura do traçado cardíaco, nos preparativos para o transporte do doente crítico, esquecendo-se da pessoa que existe para além da doença. Indo ao encontro das necessidades de informação do doente, transmitindo segurança e conforto, pois a incerteza é geradora de sentimentos de insegurança, pelo que fornecer informações que ajudem a aliviar as suas preocupações ou motivar o doente a colocar as suas questões são fundamentais neste processo terapêutico. Conforme descrito no Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p.111) no Artigo 84º, alínea a) e alínea c), o enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem”. Tendo por base o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, informei o doente acerca do que se estava a passar, assim como quais as medidas que se estavam a tomar para controlar a situação. Esta situação é exemplo do desenvolvimento da competência A2 ***“Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”***, nomeadamente no que concerne ao respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação.

A opção estratégica de permanecer na sala de emergência visou o desenvolvimento das competências inerentes à prestação de cuidados ao doente emergente, nomeadamente nas unidades de competência K.1.1 ***“Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”***, K.1.2 ***“Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”***; e K1.4 ***“Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”***. No decorrer do estágio, foram muitas as situações que permitiram a mobilização da

competência **“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”** como o caso de um doente que durante uma viagem de avião desenvolveu um quadro de dor precordial, náuseas e palidez. À chegada ao aeroporto foi transportado pelos Bombeiros para a urgência do hospital, com o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio. O Enfarte Agudo do Miocárdio é uma patologia que pode rapidamente causar instabilidade hemodinâmica e eventual Paragem Cardiorrespiratória. Aquando da sua entrada o doente estava consciente e orientado, referia preocupação com a esposa por esta não falar português e por não ter ninguém de referência em Lisboa. Referiu várias vezes para que procurássemos por esta na sala de espera. Já na sala de emergência, e enquanto se procedia à activação da Via Verde Coronária, o doente apresentou uma fibrilação ventricular. Foram iniciadas imediatamente manobras de suporte avançado de vida com necessidade de desfibrilhação. Foi conseguida a reversão da situação e o doente foi rapidamente transportado para a sala de hemodinâmica. Uma situação de PCR é geradora de grandes níveis de *stress* e tensão, e requer a aquisição de competências específicas, para uma resposta rápida e eficaz na situação de paragem (Nori, Saghafinia, Kalantar, Khademolv, 2012). A equipa de enfermagem do serviço de urgência, é uma equipa treinada em situações de reanimação cardio-respiratória e de trauma, pois a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é uma constante.

Apesar da mortalidade em Portugal por doença cérebro-cardiovascular, como o EAM, apresentar uma redução percentual, ainda é a principal causa de morte (DGS, 2015). Rocha e Nogueira (2015), referem que a mortalidade causada por EAM reduziu nos últimos anos pelo conseqüente aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados imediatamente após diagnóstico até ao tratamento.

Após ICP, o doente ficou internado em SO. A sua esposa já tinha sido localizada e aguardava na sala de espera contígua ao SO, o doente manifestava intenção de falar com ela. Dirigi-me ao enfermeiro responsável pelo doente e questionei se seria possível a entrada da esposa por breves instantes, a resposta foi afirmativa. Dirigi-me à sala de espera e encaminhei a esposa até junto do doente. Esta situação foi mais uma oportunidade que tive de desenvolver a relação de ajuda. Considero que o desenvolvimento de competências relacionais por parte dos enfermeiros torna-se difícil devido ao elevado número de doentes admitidos no

serviço de urgência, e no SO, o que se revela um desafio acrescido no quotidiano destes profissionais.

No decorrer do estágio, e devido à tragédia que assolou o nosso país e que vitimou mais de 100 pessoas, no pior ano de fogos, e já depois da denominada época de fogos ter passado, a 15 de outubro registou-se o pior dia do ano no que se refere a incêndios, com o registo de mais de 500 fogos ativos. Estes fogos ocorrerem na região Centro, sobretudo nos distritos de Viseu, Guarda, Castelo Branco, Aveiro e Leiria. Morreram 45 pessoas na madrugada de 16 de outubro e cerca de 70 ficaram feridas devido às centenas de incêndios, e algumas delas com queimaduras graves que impunham a sua transferência para centros de queimados especializados. O hospital preparou-se para a entrada destes feridos graves, activando o plano de emergência. Neste sentido o desenvolvimento da competência K2 ***“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da concepção à acção”***, tornou-se possível, nomeadamente na unidade de competência K.2.1 ***“Concebe em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência”***, unidade de competência K.2.2 ***“Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe”*** e unidade de competência K.2.3 ***“Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe”***. A minha experiência profissional na área do doente grande queimado, permitiu que pudesse contribuir de forma ativa e conhecedora na abordagem ao doente queimado. No sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente queimado, e porque o tema era bastante actual e foi uma necessidade sentida pela equipa, foi realizada uma acção de formação em serviço, com o título “Abordagem inicial ao doente grande queimado no serviço de urgência” (Apêndice II). Foram realizadas 4 sessões para que todas as equipas de enfermagem tivessem oportunidade de estar presentes. O feedback dado pelos colegas sobre a acção de formação foi gratificante na medida em que consideraram que a formação deu resposta às dúvidas existentes sobre a abordagem a este tipo de doente.

A abordagem inicial ao doente queimado, é realizada como a de qualquer doente de trauma, obedecendo aos princípios de reanimação em trauma conhecidos pela mnemónica ABCDEF. Cada uma das letras representa as etapas da avaliação a executar, e a passagem de uma letra para a outra só deverá acontecer quando

resolvida a etapa anterior. Cada letra corresponde às palavras iniciais em inglês, nomeadamente:

A – Airway (Via aérea com estabilização de coluna cervical)

Procura garantir a estabilidade cervical, pesquisar sinais de obstrução da via aérea, permeabilizar a via aérea assegurando-a;

B - Breathing (Respiração)

Avalia a eficácia da ventilação da vítima bem como implementa medidas para a resolução de situações que possam comprometer a ventilação e que até possam representar risco de vida;

C - Circulation (Circulação)

Nesta etapa pretende-se determinar o estado de perfusão e oxigenação tecidual da vítima, assegurando a circulação com controlo de hemorragia;

D - Disability (Exame neurológico sumário)

Avalia-se o estado de consciência da vítima e as condições que o podem influenciar como por exemplo hipoglicémia, consumo de drogas, etc.;

E - Exposure (Exposição com prevenção da hipotermia)

Esta fase da abordagem é executada com recurso à exposição da vítima através da remoção de roupa, com o objetivo de se identificarem lesões que possam estar ocultas, de referir que na vítima queimada esta fase é minuciosa para a determinação da ASCQ assim como a profundidade das queimaduras, para a implementação de um plano de ressuscitação rigoroso;

F – Fluid Ressuscitation (Ressuscitação por fluidos)

Calcula a quantidade de fluidos a administrar à vítima queimada de acordo com o produto obtido através de fórmulas de ressuscitação, que relacionam a ASCQ com a idade.

Após a estabilização do doente no serviço de urgência, o encaminhamento deste para a unidade de queimados foi possível após cerca de 1 hora no serviço de urgência, nomeadamente na sala de emergência. Desta forma, tive a oportunidade de integrar a equipa que acompanhou o doente aquando da transferência em todas as etapas, desde a decisão, planeamento e efectivação do transporte.

2.2 Unidade de Queimados

No percurso de desenvolvimento de competências a que me propus, e com o desígnio do projeto “*Contributos do enfermeiro especializado no controlo da infeção do doente queimado*”, era requisito imperioso que estagiasse num contexto como a unidade de queimados. A unidade escolhida está inserida num grande hospital da área metropolitana de Lisboa, e é também considerada um centro de queimados de referência, conforme norma DGS 024/2012 “ Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras”, de 27/12/2012 atualizada em 02/12/2015.

A exigência de um nível de cuidados altamente diferenciados ao doente queimado, conduziu à criação de *guidelines*, enquanto um conjunto de linhas orientadoras que conduzem a tomada de decisão para a admissão do doente na unidade de queimados.

Quadro 4 – Critérios de Admissão Unidade de Queimados

5% de ASCQ em crianças com menos de 2 anos de idade

10% do ASCQ em crianças de 3 a 10 anos de idade

15% de ASCQ em crianças de 10 a 15 anos de idade

20% de ASCQ em pessoas em idade adultos

10% de ASQC em pessoas com mais de 65 anos de idade

Choque por queimadura com necessidade de ressuscitação

Queimaduras na face, mãos, órgãos genitais ou articulações principais.

Queimaduras profundas de espessura parcial e queimaduras de espessura total em qualquer faixa etária e qualquer extensão

Queimaduras circunferenciais em qualquer faixa etária

Queimaduras com trauma ou doenças concomitantes, independentemente da ASCQ afetada

Queimadura inalatória ou suspeita

Qualquer tipo de queimadura se houver dúvida sobre o tratamento

Queimaduras em doentes que necessitem de apoio social, emocional ou de reabilitação especial a longo prazo

Queimaduras eléctricas

Queimaduras químicas

Doenças associadas a queimaduras, tais como necrólise epidérmica tóxica, fasceíte necrotizante, síndrome da criança escaldada estafilocócica, etc., se ASCQ 10% para crianças e idosos, e ASCQ 15% para adultos ou se houver alguma dúvida sobre o tratamento

Fonte: Adaptado da European Burns Association (2015)

Nas unidades de queimados existem os recursos necessários para o cuidado e tratamento do doente queimado, devido à capacitação tecnológica e aos recursos humanos, nomeadamente a existência de uma extensa equipa multidisciplinar diferenciada e experiente no cuidado ao doente queimado, tal como defendem Al-Mousawi, Rivera, Jeschke e Herndon (2009). A equipa de enfermagem é aquela que se faz representar com o maior número de elementos dentro da equipa multidisciplinar. Ainda de acordo com os mesmos autores, ser enfermeiro numa unidade de queimados requer a aquisição e o desenvolvimento de competências que visam o cuidar da pessoa que vivencia um processo complexo de doença crítica, competências de gestão e liderança e competências relacionais. O desenvolvimento dessas competências traduzem-se numa enfermagem especializada e numa maior autonomia no cuidado ao doente queimado. Desta forma, os enfermeiros de uma unidade de queimados, devem ser enfermeiros experientes e seniores, condições que aumentam a eficiência da equipe multidisciplinar.

Proposto para este campo de estágio os seguintes objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem à PSC, altamente qualificados, de forma continua, com vista à manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades;
- Contribuir para a prevenção e controlo da infeção do doente queimado.

O atingir os propósitos delineados pelos objetivos traçados, permitiu:

- Desenvolver competências no cuidado ao doente queimado;
- Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o doente queimado e família;

- Desenvolver competências no domínio da formação, sobre o tema da prevenção e controlo da infeção;
- Divulgar a evidência actual sobre a prevenção e controlo da infeção do doente queimado.

Após abordagem inicial no serviço de urgência, o doente queimado é encaminhado para a unidade de queimados, acompanhado de médico e enfermeiro, ou apenas de enfermeiro, de acordo com a avaliação dos riscos inerentes ao doente durante o processo de transferência, e com confirmação por parte da unidade que a mesma se encontra preparada para receber o doente.

A transmissão de informação sobre o doente ocorre na área de *transfer*, que antecede a sala de balneoterapia, e assume-se como um momento crucial no que concerne à segurança do doente e para a continuidade dos cuidados. A passagem de informação constitui uma preocupação actual, na medida em que uma comunicação eficaz na transição de informação é promotora de cuidados seguros e de qualidade, e deve ter por base um conjunto de orientações que devem ser norteados através da técnica ISBAR (DGS, 2017). A mnemónica ISBAR contempla:

I (Identification) - Identificação (Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação, emissor e recetor, bem como do doente a que diz respeito a comunicação);

S (Situation) - Situação Atual/Causa (Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde);

B (Background) - Antecedentes/ Anamnese (Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes);

A (Assessement) - Avaliação (Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas);

R (Response) - Recomendações (Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente).

No doente queimado importa realçar, aquando da passagem de informação, a hora precisa do acidente, assim como a fluídoterapia já instituída, uma vez que o

tratamento deste doente passa pela administração de fluidos para a estabilização hemodinâmica. A quantificação de fluidos a administrar é estimada pela fórmula de Parkland, que consiste no produto da relação da ASCQ com o peso do doente, distribuído nas 24 horas pós queimadura. A fluidoterapia é a primeira etapa específica de grande importância, para o tratamento do doente queimado crítico. A fórmula apenas deve ser uma orientação para o cálculo do volume a administrar, pois mais importante do que qualquer fórmula é uma equipe diligente que adequa a fluidoterapia de acordo com a hemodinâmica e perfusão tecidual (Herndon, 2012).

Quadro 5 – Fórmula de Parkland

Fórmula de Parkland = 4ml X ASCQ X Peso

(1^{as} 24 horas)

1^{as} 8 horas = ½ do total

Fonte: Circular Normativa DGS 022/2012 (actualizada 1377/2017) - Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto

No serviço de urgência é feita a primeira avaliação da ASCQ, contudo é após o banho terapêutico, no qual se realiza o desbridamento mecânico dos tecidos queimados não viáveis, na sala de balneoterapia, que se determina a real ASCQ queimada assim como a profundidade da queimadura. A avaliação da ASCQ é determinante para se estabelecer a quantidade de volume de fluidos a administrar, assim como para outras tomadas de decisão terapêutica. Existem vários métodos de avaliação da ASCQ, que se pretendem simples e rápidos, contudo, o método mais preciso é o de *Lund e Browder* que adequa a atribuição percentual da área afetada de acordo com a idade e proporção corporal. Este é o método utilizado na unidade.

Os procedimentos iniciais, realizados na sala de balneoterapia são dolorosos pelo que são realizados sob efeito de sedação e analgesia. Após realização de banho terapêutico o doente é encaminhado para o seu quarto. A balneoterapia do doente queimado, nesta unidade, é realizada à entrada do doente na unidade, e posteriormente apenas no dia de intervenção no bloco operatório da unidade. Esta situação, não sendo a ideal, é a possível, devido a contingências internas que dizem respeito à limitação do espaço físico, que condicionam a mobilização dos doentes.

A dor constitui um dos primeiros problemas do doente queimado, nesse sentido surge o desenvolvimento da unidade de competência **“K.1.3-Faz a gestão**

diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas”. O controlo da dor deve ter uma abordagem multidimensional, na medida em que o impacto desta não se resume ao sofrimento físico transcendendo-se para a esfera psicológica e emocional, provocando isolamento e incapacidade e consequentemente perda de qualidade de vida. O impacto provocado pela dor pode ainda ultrapassar a própria pessoa e envolver a família e cuidadores (DGS, 2017). Neste sentido a prevenção e controlo da dor é um dever do enfermeiro e um direito do doente, conforme guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros (2008, p.11) “no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor”.

Devido à especificidade do doente queimado, a instabilidade hemodinâmica é um problema real o que condiciona a necessidade da vigilância contínua da monitorização hemodinâmica, competência que me foi possível desenvolver durante este estágio. A avaliação dos parâmetros obtidos através da monitorização hemodinâmica, requer que os enfermeiros tenham um vasto leque de conhecimentos técnico-científicos, assim como terem profundos conhecimentos da fisiopatologia da queimadura, tal como é referido por Oliveira e Azeredo (2013, p.54), “cuidar de um doente com este tipo de monitorização não é fácil e requer uma atenção redobrada dos profissionais de saúde, uma vez que, na sua maioria, utiliza-se mais que um tipo de monitorização invasiva. Isso reforça a importância do enfermeiro, que é o responsável por garantir essa fidedignidade dos dados apresentados no monitor, devendo ser conhecedor, não apenas das técnicas necessárias a uma boa monitorização invasiva, como também deve ter um conhecimento teórico e científico para avaliar criticamente o doente”. As alterações hemodinâmicas carecem de correção imediata, através da implementação de medidas farmacológicas, desta forma o desenvolvimento e mobilização da competência **“K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”**, através da unidade de competência, **“K.1.2-Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”**, foi alcançada.

Os cuidados ao doente queimado passam também pelos cuidados inerentes à ferida por queimadura que, nesta unidade, se realizam no quarto do doente, e pelos motivos já referidos anteriormente este procedimento é realizado após gestão de analgesia e sedação, na medida em que é um procedimento altamente doloroso. A permanência de um anestesista durante 24 horas é facilitador na gestão da sedo-analgesia para a realização dos procedimentos dolorosos, e é discutida qual a necessidade de analgesia e sedação, o que evidenciou a existência de trabalho de equipa entre a equipa multidisciplinar. Tive oportunidade de seleccionar o material necessário à realização do procedimento, assim como de o preparar na mesa de penso por forma a dar início ao procedimento. A selecção do tratamento tópico dependem de vários factores, nomeadamente a profundidade da queimadura, o estado do leito da queimadura, a localização, o exsudado existente, o estado de hidratação da queimadura, a frequência estabelecida para a mudança do penso e o custo. Contudo, independentemente da opção escolhida, esta deve promover a proteção contra contaminação (bacteriana ou não), danos físicos e proporcionar o conforto para melhorar a recuperação funcional (Rowan et al, 2015). Apesar da realização do penso ocorrer de forma assética e aplicando agentes antimicrobianos tópicos sobre a queimadura, esta continua a ter as características ideais para o crescimento e proliferação bacteriana, o que determina que a realização do penso ao doente queimado constitua um tratamento essencial para a sua recuperação (Chaves, 2013). A suscetibilidade do doente queimado em contrair infecções tem por base vários factores, nomeadamente a resposta imuno específica induzida pela queimadura, a necessidade de técnicas invasivas para a manutenção das funções vitais, a perda da pele enquanto órgão protetor, a existência de lesão inalatória, e a colonização da própria ferida por queimadura. Estas características, específicas do doente queimado, determinam que este esteja mais suscetível em contrair infecções que outro doente crítico não queimado (Hidalgo, Rubio, Garcia-Hierro, 2016).

A prevenção e controlo da infeção do doente queimado é fundamental para o sucesso do seu tratamento. A utilização de EPI aquando da prestação de cuidados tem como função evitar a transmissão de microorganismos entre doentes, assim como também são uma medida de proteção para os profissionais. Em paralelo a higienização das mãos, o manuseio seguro dos equipamentos e a descontaminação das superfícies, são medidas fundamentais para a prevenção e para o controlo da

infeção. A infeção adquirida na sequência dos cuidados de saúde prestados, denominada por “ Infeção Associada aos Cuidados de Saúde”, pode também ser adquirida pelos prestadores dos cuidados. Dados reportados pela OMS referem que 1 em cada 4 doentes internados numa unidade de cuidados intensivos tem risco acrescido de contrair uma IACS (DGS, 2007). Acresce ainda reforçar que infeções provocadas por agentes resistentes, resultante da colonização cruzada que tem como principal veículo as mãos dos profissionais de saúde, apresentam um valor percentual de cerca de 30 a 40% (DGS, 2007). Neste sentido e tendo em vista o desenvolvimento da competência **“K.3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”**, e as unidades de competência **“K.3.1-Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, K.3.2-Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”**, surge o uso do EPI adequado a cada intervenção assim como a apresentação de uma sessão formativa sobre “ Higienização das mãos e o uso correto de luvas” (Apêndice III), na qual assistiram enfermeiros e assistentes operacionais, e a elaboração de um *poster* sobre a descontaminação de material e superfícies (Apêndice IV).

No decorrer deste estágio, foi possível acompanhar um doente ao bloco operatório da unidade onde foi submetido a desbridamento cirúrgico e homoenxerto. O homoenxerto consiste na aplicação de enxerto de pele de dador, e proporciona a cobertura da área queimada temporariamente, e pode ser considerado como o substituto ideal em situações que o autoenxerto não é possível (Bolgiani e Serra, 2010). O pedido da pele obedece a um conjunto de etapas formais, dirigidas ao banco de tecidos do instituto Português do Sangue e Transplantação. A pele chega ao bloco operatório em meio de criopreservação, em gelo seco, e até à sua colocação no doente sofre diversos procedimentos, efectuados pela enfermeira instrumentista.

A queimadura tem um grande impacto emocional no doente, que pode estar relacionado com o evento traumático, o internamento e os tratamentos, a dor, as sequelas, limitações físicas e estéticas, o afastamento dos familiares e amigos. Neste sentido, cabe ao enfermeiro, enquanto elemento da equipa multidisciplinar mais próximo, um papel primordial na busca de estratégias que visam ultrapassar ou minimizar os efeitos nefastos causados pelas perturbações emocionais. Desta forma competências de comunicação verbal e não-verbal, como o toque e contato visual, são estratégias essenciais para diminuir a ansiedade, assim como informar o doente da sua situação e do que se passa á sua volta, minimizam estados emocionais que os doentes estão a experienciar, e vão facilitar o processo de transição.

Para se conseguir estabelecer uma relação de confiança entre enfermeiro/doente a comunicação tem de estar presente e tem de ser eficaz e eficiente, Amante, Rossetto e Schneider (2009), afirmam que a comunicação é essencial para o estabelecimento do vínculo de confiança na tríade enfermeiro/doente/família. Uma comunicação eficaz e eficiente é sem dúvida um contributo de excelência para a humanização dos cuidados de enfermagem, e deve ser valorizada como tal. Uma situação elucidativa disto, foi o caso de um doente que manifestava apreensão em relação ao futuro, uma vez que houve necessidade de amputar o membro superior direito na sequência da queimadura, sentei-me junto da sua cama e procurei ouvir as suas preocupações, tentando em conjunto encontrar possíveis alternativas que visavam ultrapassar as dificuldades. Desta forma, e tendo por base os pressupostos das unidades de competência **“K.1.4-Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”** e **“K.1.5-Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”**, considero que desenvolvi estas competências.

No decorrer deste estágio houve a necessidade de redefinir um novo campo de estágio, face a acontecimentos de ordem institucional, inicialmente para realização de obras inadiáveis, contudo a necessidade de encerramento adensou-se e antecipou-se pelo facto da existência de um *outbreak*. De acordo com as boas práticas refere Rafla e Tredget (2009), a existência de um *outbreak* deve motivar o encerramento da unidade para desinfeção e descontaminação.

A escolha do campo de estágio recaiu novamente sobre uma unidade de queimados, na área metropolitana do Porto. O estágio foi observacional e procurou:

- Conhecer a estrutura física, recursos existentes, normas e protocolos;
- Conhecer as estratégias implementadas na prevenção e controlo da Infeção,
- Conhecer as estratégias implementadas para envolvimento da equipa interdisciplinar nesta temática
- Desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção do doente grande queimado
- Conhecer os recursos existentes para a prevenção e controlo da Infeção.

Foi elaborado um guião de observação (Apêndice V), enquanto instrumento facilitador para o observador, e que pretende fazer um juízo qualitativo do que é observado, assim como da importância e do impacto que essas observações terão na sua aprendizagem. Contudo, e considerando a prevenção da infeção um requisito essencial nos cuidados ao doente queimado, procurei observar o maior número de situações de cuidados para além do descrito no guião. A unidade escolhida, com uma lotação de 5 doentes, foi inaugurada em 2006, constituindo-se assim como a unidade mais recente do nosso país. Com uma arquitetura moderna são ultrapassadas algumas barreiras arquitectónicas, que aumentam o desafio na prevenção da infeção, nomeadamente com circuitos de sujos e limpos bem definidos, eficazes unidades de tratamento de ar, bloco operativo e sala de balneoterapia com dimensões que permitem a circulação adequada de equipamento e pessoal, variáveis ambientais muito importantes na prevenção da infeção.

O ambiente e superfícies, quando contaminadas, constituem um veículo importante na infeção hospitalar associada aos cuidados de saúde, situação que é combatida pela higienização, desinfecção e descontaminação desses espaços e equipamentos, com a consequente diminuição na transmissão de microorganismos colonizantes de doentes, muitos deles de difícil tratamento pela resistência que já adquiriram. O procedimento adotado para a higienização depende de vários factores, nomeadamente a área a higienizar, superfícies, o equipamento existente em sala, assim como o material constituinte do local. A periodicidade da higienização é

adequada às necessidades, isto é, de acordo com o risco de infeção existente localmente, obedecendo sempre a *guidelines* emanadas pelos órgãos competentes, como os GCL-PPCIRA, e que se suportam na evidência científica. A limpeza manual e a desinfecção ambiental de superfícies são elementos essenciais em qualquer programa de prevenção e controlo de infeção. A evolução tecnológica disponibiliza novos métodos inovadores e com eficácia comprovada, como a desinfecção por peróxido de hidrogénio, uma vez que a nebulização deste agente é um método altamente eficaz na erradicação de microorganismos significativos na infeção hospitalar (Rutala e Weber, 2008). A nebulização por peróxido de hidrogénio é uma complementaridade aos métodos já existentes, na medida em que a vaporização permite o acesso do desinfetante a áreas inacessíveis à higienização e desinfecção convencional. As indicações maior para a utilização da desinfecção por peróxido de hidrogénio são numa situação de *outbreak* e na limpeza terminal, ou seja aquando da alta do doente da sua unidade.

Neste campo de estágio, foi possível verificar a utilização do equipamento de desinfecção por peróxido de hidrogénio. A sua utilização obedece a um conjunto de etapas. Sempre que se está na presença de microorganismos resistentes, o enfermeiro responsável solicita junto do GCL-PPCIRA do hospital, em impresso próprio, com a justificação para o uso do equipamento, a disponibilização e utilização do aparelho de desinfecção por peróxido de hidrogénio. Este pedido é avaliado pelos elementos do GCL-PPCIRA que, se existir a sua concordância, faz a cedência do aparelho à unidade de queimados, ou a outras unidades que solicitem, e é transportado e operado por um profissional com a formação necessária para o efeito. Todas as portas da sala a desinfetar são seladas com fita isoladora, assim como são isolados os detetores de fogo e a unidade de tratamento de ar do quarto desligada. Após verificação das condições necessárias para a utilização do equipamento, inicia-se o ciclo de desinfecção, que decorre por um período de 50 minutos. No decorrer deste processo é interdita a entrada de pessoas no espaço, a porta exterior do espaço é sinalizada com dístico próprio que adverte para o processo que está a decorrer. A desinfecção por peróxido de hidrogénio só deve ser iniciada após limpeza terminal manual da unidade a desinfetar.

Deparamo-nos diariamente com situações complexas no que respeita à prevenção e controlo da infeção nos nossos contextos de trabalho. São estas

situações que nos fazem investigar e incluir na prática da prevenção e controlo da infeção, novas medidas que a investigação revelou serem eficazes. Apesar da desinfecção de espaços e materiais com peróxido de hidrogénio ainda não ser uma prática generalizada nas instituições hospitalares, esta é uma medida de desinfecção por nebulização, que os estudos efectuados têm demonstrado ser muito eficaz (Boyce, 2016).

No processo de higienização e desinfecção das unidades clínicas estão envolvidos vários profissionais, compartilhando-se por isso a responsabilidade, no entanto cabe ao enfermeiro a supervisão da realização dos procedimentos realizados, assim como o de formador, papel que se revela fulcral para a mudança de comportamentos.

Neste campo de estágio, foi-me proporcionado acompanhar o enfermeiro responsável da unidade, elemento crucial na prevenção e controlo da infeção pelo papel que desempenha na supervisão direta dos procedimentos de higienização e desinfecção de espaços e materiais, assim como por ser um elemento que tem particular atenção aos diversos riscos ambientais. Desta forma, foi possível desenvolver competências não só na área da gestão de recursos humanos, gestão dos cuidados e de materiais, assim como reforçou o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, ***K.3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas***, e as unidades de competência ***“K.3.1-Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, K.3.2-Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à prestação de cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”***. A minha experiência profissional, adquirida no meu contexto de trabalho, permitiu a mobilização de competências nomeadamente a colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados diretos ao doente queimado.

2.3 GCL-PPCIRA

A preocupação na prevenção e controlo da infeção tem evoluído ao longo do tempo, acompanhando a evolução técnico-científica, contudo sempre com o mesmo objetivo, o de criar um ambiente seguro na prestação de cuidados ao doente tendo em vista a melhoria continua da qualidade nos cuidados prestados. A verdadeira “revolução” na prevenção e controlo da infeção surgiu com Florence Nightingale, e os trabalhos que desenvolveu ao longo da sua carreira, ainda se mantêm atuais, como o reconhecimento e a valorização das necessidades dos doentes e condições ambientais, nomeadamente a necessidade de ambientes limpos e assépticos para a prestação dos cuidados. Florence Nightingale conseguiu, através da implementação de medidas simples melhores condições de higiene e sanitárias dos hospitais da sua época, e traduziram-se de forma muito positiva na redução da taxa de mortalidade de 42% para 2,2% (Fontana, 2006). Demonstrado pela história, poderemos afirmar que Florence Nightingale foi a primeira enfermeira de uma comissão de infeção, continuando hoje a serem os enfermeiros os atores principais no controlo da infeção.

No nosso país a temática da infeção hospitalar é abordada pela primeira vez em 1930 pela DGS, mas foi só em 1993 que se disseminou a necessidade da instalação de Comissões de Controlo da Infeção nos hospitais nacionais. A existência de CCI fizeram surgir um conjunto de iniciativas para a prevenção e controlo da infeção. A partir dos anos noventa, o tema da segurança do doente ganhou outra relevância nas instituições hospitalares, tornando não aceitável a aquisição de novas infeções decorrentes aos cuidados de saúde prestados ao doente. Em 1999 surge a criação do PNCI, programa revisto e integrado na DGS em 2006, concretizando-se no terreno pelos grupos coordenadores regionais de controlo da infeção, centrados nas ARS. Em 2013 surge o PPCIRA enquanto programa prioritário de saúde.

Poder integrar a equipa experiente do GCL-PPCIRA, de um hospital central da área metropolitana de Lisboa, foi fundamental para o desenvolvimento de competências, enquanto futura enfermeira especialista e mestre, com um corpo de conhecimento profundo na área da pessoa em situação crítica, imprescindível para a

promoção e para a dignificação dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e família, assim como para o reconhecimento entre os pares.

O grupo profissional que mais diretamente se relaciona com o doente é indubitavelmente o enfermeiro, o que torna o tema do controlo da infeção num desafio acrescido ao seu quotidiano laboral, pela relevância e impacto que este tema tem nos doentes. A segurança do doente ocupa um lugar significativo na prestação de cuidados, e é o enfoque central para a qualidade dos mesmos assumindo grande relevância nesta última década. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir um conjunto de objectivos estratégicos, entre os quais *“Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos”*, neste sentido o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) constitui um dos Programas de Saúde prioritários.

É determinante para o sucesso de medidas de prevenção e controlo da infeção uma cultura de vigilância e a implementação de protocolos de atuação, na medida em que a vigilância da infeção mostrou diminuir a taxa de infeção nosocomial (Weber, McManaus, 2004). O GCL-PPCIRA, tem um papel fundamental na transmissão e orientação aos profissionais de medidas para a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, o que consequentemente conduz à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e à segurança do doente. As atribuições do GCL-PPCIRA são:

- Vigilância epidemiológica (processo, estrutura e resultado),
- Recomendações de boas práticas;
- Formação e informação, consultadoria e apoio.

Brown, Jones e Welch (2012), evidenciaram que a formação dos pares, assim como a discussão entre estes, sobre a prevenção e o controlo da infeção, traz benefícios ao doente pela diminuição da incidência da infeção associada aos cuidados de saúde, assim como contribui para a diminuição dos custos na saúde. Os autores, para além de darem ênfase à formação dos pares, referem a importância de reuniões multidisciplinares diárias (enfermeiro/médico) sobre a utilização e permanência de dispositivos médicos e sobre os cuidados de saúde prestados. Em estreita analogia com este estudo efectuado por Brown, Jones e Welch (2012), surgem algumas atribuições dos membros de GCL-PPCIRA como:

planear, implementar e monitorizar o plano anual de formação na área de prevenção e controlo de IACS e na área de utilização de antimicrobianos, em colaboração com outros grupos multidisciplinares e multiprofissionais, assim como elaborar e divulgar os relatórios dos resultados da vigilância epidemiológica, com propostas de medidas de intervenção.

O GCL-PPCIRA é constituído por um grupo multidisciplinar, nomeadamente médico, farmacêutico, microbiologista, e enfermeiro. No centro hospitalar onde decorreu o estágio, existem dois enfermeiros em dedicação exclusiva. São várias as atividades que o enfermeiro desenvolve no seu dia de trabalho, e nas quais tive oportunidade de poder colaborar. As atividades desenvolvidas permitiram que fosse possível atingir os objetivos delineados para este campo de estágio:

- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do GCL-PPCIRA
- Desenvolver e mobilizar conhecimentos sobre medidas de prevenção e controlo da infeção hospitalar
- Desenvolver conhecimento sobre situações clínicas concretas, técnicas de isolamento adotadas, fármacos e intervenções específicas
- Conhecer planos de formação, divulgação e planos de auditoria contemplados.

A VE configura um instrumento essencial para a adoção de medidas preventivas e de alocação de recursos humanos e técnicos eficazes e eficientes na prevenção e no combate à infeção. A VE pressupõe as seguintes etapas: colheita dos dados, análise e interpretação, recomendações e medidas de controlo apropriadas à situação concreta, e finalmente a avaliação da eficácia das medidas adotadas. O propósito da VE, neste contexto, é o de orientar os profissionais de saúde para a uma prática normalizada na prevenção e controlo da infeção, adaptado a cada nível de decisão.

Neste sentido no decurso deste estágio, com o desígnio do desenvolvimento da competência ***“K3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados”***, através das unidades de competência ***“K.3.1 Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de***

cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”, e a unidade de competência **“K.3.2. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.”,** foi possível colaborar na VE, cuja etapa inicial consiste na pesquisa diária, em plataforma informática, dos resultados laboratoriais dos exames culturais bacteriológicos positivos. Uma vez identificados os doentes com exames bacteriológicos positivos a microorganismos “problema” e “alerta”, segue-se a pesquisa sobre o circuito que o mesmo fez, identificando-se assim o serviço de internamento onde se encontra para se proceder à notificação.

São considerados microorganismos “alerta” aqueles que apresentam um nível de resistência a antimicrobianos pouco comum, e que por esse motivo devem ser estabelecidas e implementadas medidas de isolamento para a sua contenção. São designados microorganismos alerta: *Staphylococcus aureus* com resistência à vancomicina, *Staphylococcus aureus* com resistência ao linezolid, *Staphylococcus aureus* com resistência à daptomicina, *Enterococcus faecium* e *Enterococcus faecalis* com resistência ao linezolid, *Enterobacteriaceae* com suscetibilidade intermédia ou resistência aos carbapenemes e/ou presumíveis produtoras de carbapenemases, *Pseudomonas aeruginosa* com resistência à colistina e *Acinetobacter spp* com resistência à colistina. São considerados microorganismos problema, aqueles que causam frequentemente doença e que apresentem taxas de resistência epidemiologicamente significativas, como: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* e *Enterococcus faecium*, *Streptococcus pneumoniae* (origem invasiva, sangue e líquido cefalorraquidiano) e de outra origem não invasiva, o *Clostridium difficile* (DGS, 2017). De forma a adequar as medidas de contenção a cada um dos microorganismos, é fundamental conhecer a via de transmissão, reservatório/fonte e hospedeiro. Aos doentes que se isolaram microorganismos alerta, é realizada uma ficha em suporte papel com as recomendações sobre o isolamento e EPI's a utilizar, que se entrega ao elo PPCIRA do serviço de internamento onde o doente se encontra. Neste sentido tive oportunidade de me deslocar até aos serviços com a enfermeira do GCL-PPCIRA onde foi possível alertar para as medidas de contenção e isolamento a adotar, monitorizar as que tinham sido adotadas, esclarecimento das

dúvidas existentes, e devido a limitações físicas existentes nos serviços foi necessário, por vezes, encontrar em conjunto com a equipa, estratégias para a contenção e prevenção da infeção. Neste sentido, Stone et al (2009) referem que os profissionais das comissões de controlo da infeção, em conjunto com os profissionais que desempenham funções nos serviços visados, tem uma intervenção muito importante na adaptação de medidas para a prevenção e controlo da infeção, para além de todo o processo de vigilância e monitorização das taxas de infeção, e são considerados parceiros na prevenção e controlo da infeção.

Com o objetivo de contribuir para a prevenção e controlo da infeção, associada aos cuidados de saúde, e tendo por base a melhoria contínua dos cuidados de saúde, o GCL-PPCIRA do centro hospitalar, propôs às diversas áreas clínicas, a aplicação de feixes de intervenção, entendidos como “ um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente”, e que tem como objetivo “ assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente” (DGS,2017,p.6). O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos - 2017, descrevem como uma atividade prioritária a desenvolver a promoção e implementação dos vários feixes de intervenções do PPCIRA, nomeadamente a prevenção de pneumonia associada à intubação, infeção relacionada com catéter venoso central, prevenção da infeção urinária associada a catéter vesical e prevenção de infeção do local cirúrgico. Neste sentido foi-me possível estar presente na sessão sobre a avaliação da implementação de “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, numa dessas áreas clínicas, e ficou espelhado a importância que o GCL-PPCIRA tem na mudança das práticas, ocupando um papel relevante na área da segurança e qualidade dos cuidados de saúde, na medida em que reduzem a ocorrência de infeção. Ainda com o propósito da divulgação de feixes de intervenção, com vista à sua implementação, dando cumprimento às atividades previstas no programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017, foi possível assistir a duas sessões de formação para os profissionais do bloco operatório, médicos e enfermeiros, a primeira com a temática de “Feixe de Intervenções” da Prevenção de

Infeção de Local Cirúrgico, e uma segunda sessão sobre Profilaxia Antibiótica Cirúrgica-Recomendações. De acordo com o inquérito de prevalência de infeção em 2012, a ILC era a terceira causa de IACS, representando 18% das infeções hospitalares com uma taxa de prevalência de 2,1% (DGS, 2012), estes dados foram obtidos através dos relatórios emitidos pela plataforma informática HELICS-cirurgia, que consiste num protocolo europeu que inclui o registo de doentes submetidos a intervenções cirúrgicas e permite a comparação de dados entre os países que fazem parte deste programa. A análise mais detalhada sobre a ILC decorreu no período entre 2006-2010, tendo sido divulgado o relatório em 2012. Cada ILC é responsável por 7 a 11 dias adicionais de internamento, e acresce um aumento de risco de morte em 2 a 11 vezes, estimando-se ainda que cerca de 60% das ILC seriam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de “feixes de intervenções” (DGS, 2015). A profilaxia antibiótica cirúrgica constitui um dos elementos que quando combinado com outros previnem a ILC. Os principais factores a serem considerados para garantir uma melhor prática de profilaxia antibiótica, são o antibiótico correto, a dosagem, o momento da dose inicial e a necessidade de repetir a dose inicial quando se trata de cirurgia prolongadas ou com grande perda de sangue (Bratzler et al, 2013).

Ainda no decurso do estágio, foi-me permitido aceder à base de dados da DGS, da monitorização das precauções básicas, onde foi possível inserir dados referentes à auditoria da adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos. A higienização das mãos é um dos padrões das precauções básica para o controlo da infeção, e em conjunto com a colocação de doentes, etiqueta respiratória, utilização de EPI's, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento da roupa, recolha de resíduos, práticas seguras na preparação de injectáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho constituem o conjunto dos padrões das precauções básicas para o controlo da infeção. Da monitorização da higiene das mãos, que é obtida através de auditorias, é possível obter dados referentes à taxa global de adesão à higiene das mãos em cada unidade de internamento auditada, taxa de adesão à higiene das mãos por grupos profissionais e adesão à higiene das mãos pelos cinco momentos. A monitorização deste padrão das precauções básicas só se revela eficaz, quando impulsiona a mudança de práticas e comportamentos que conduzem à espiral de

melhoria contínua. O resultado final da monitorização, traduzida em taxas de adesão, e que demonstram a eficácia na prevenção de IACS deve, por este motivo, ser divulgada às unidades (Allegranzi e Pittet, 2009). Desta forma, a equipa do GCL-PPCIRA, deslocou-se às várias unidades, para divulgação dos resultados, em forma de gráfico, enfatizando os bons resultados obtidos, e em que o grupo profissional que se evidencia positivamente é os enfermeiros, com taxas de adesão maioritariamente superiores a 85%.

São vários os projectos conduzidos pelo GCL-PPCIRA, de entre os quais, destaco o projeto de melhoria da avaliação inicial do risco de infeção nas primeiras 24 horas de internamento. Este projeto surge no decorrer do processo de colheita de dados sobre o registo da avaliação inicial do risco de infeção, do qual pude participar, e que após análise dos 7 meses da avaliação de risco (Junho 2017 a Dezembro de 2017), constatou-se que existiam unidades de internamento cuja taxa de adesão era muito baixa, e entre os quais se encontrava o serviço onde exerço funções. Os dados referentes à unidade onde exerço funções, mereceu uma reflexão mais profunda, pois a fórmula da base de dados para a colheita dos dados não era a indicada para este tipo de serviço, uma unidade de queimados, o que implicava a criação de nova fórmula para a obtenção da real taxa de adesão à avaliação inicial do risco de infeção. A avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente e colocação/isolamento dos doentes, é um dos padrões de qualidade que faz parte da estratégia multimodal das precauções básicas e que se constitui por regras de boa prática, e que têm como finalidade minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2017). Para Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010, p. 30), a avaliação do risco de infeção, “constitui um método poderoso, de grandes potencialidades, para identificação ativa de incidentes e aprendizagem para a sua prevenção. Permite identificar o tipo de doentes com maior risco de forma a definir protocolos para a sua identificação precoce, tratamento apropriado e contenção a fim de evitar a transmissão cruzada”. A avaliação do risco de infeção constitui-se ainda como um pilar importante para a segurança do doente. É através destes registos sistemáticos que se torna possível a gestão do risco da infeção em si, assim como também constituem um mecanismo de alerta importante, na medida em que identifica quais os doentes mais susceptíveis, o que permite implementar um conjunto de medidas adicionais na prevenção e controlo da infeção. O processo da

avaliação do risco de infeção é um processo contínuo, uma vez que a situação de doença do doente sofre constantes mudanças, considerando todos os riscos decorrentes da sua situação de doença e os riscos decorrentes dos cuidados administrados que podem ter um impacto negativo, e que deverão ser tidos em consideração. Qualquer projeto necessita de ser gerido, e nesse sentido surgiu o convite por parte do GCL-PPCIRA, na figura da enfermeira responsável, para integrar este projeto como gestora do mesmo, na minha unidade de trabalho. Na sequência deste convite houve uma reunião conjunta com duas enfermeiras do GCL-PPCIRA, a enfermeira chefe do serviço, duas enfermeiras do serviço que são o elo de ligação entre o serviço e o GCL-PPCIRA, e eu enquanto gestora local do projeto. Nesta reunião ficou contratualizado o objetivo de 95% de taxa de adesão da avaliação do risco inicial de infeção. Foi necessária a criação de uma nova fórmula para a colheita de dados. A divulgação do projeto aconteceu na reunião de chefes de equipa de enfermagem, e cujo tema foi incluído na agenda de trabalhos. Foi também divulgada em reunião de passagem de turno, com a intenção de serem esclarecidas dúvidas sobre o preenchimento da escala. Os dados são enviados mensalmente para o GCL-PPCIRA, desde Fevereiro de 2018.

CONCLUSÃO

Através deste relatório pretendi fazer o relato e a reflexão crítica das experiências que foram vividas ao longo deste percurso de desenvolvimento de competências que permitirão a obtenção do título de especialista e mestre. Os contextos de estágio constituíram-se como os alicerces fundamentais para a construção e desenvolvimento de novos saberes, não só pela diversidade de situações que o proporcionaram assim como pela partilha dos mesmos com os colegas de profissão e na equipa multidisciplinar.

Em concordância com os domínios de competência comuns do enfermeiro especialista, prestei cuidados de acordo com o conjunto de valores do doente e família, respeitando o doente enquanto ser único e individual, protegendo e promovendo a sua dignidade, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, visando a prestação de cuidados de excelência. Foram identificadas necessidades logísticas promovendo a melhor utilização dos recursos disponíveis, e identificadas as necessidades de cuidados, expressas pela participação no planeamento e programação do trabalho em equipa, assim como pela resolução de problemas numa perspetiva de integração e interdisciplinaridade. Exercendo o papel de enfermeira responsável, que substitui a enfermeira chefe nas suas ausências e impedimentos, desde 2011, é possível diariamente fazer a gestão de recursos humanos e materiais a nível do planeamento do trabalho diário da equipa, facilitando a integração desta competência no decurso deste percurso de aquisição de competências de enfermeira especialista. A pesquisa de evidência científica para argumentação da prática e para a facilitação na tomada de decisão, favoreceram também o desenvolvimento da capacidade de liderança, autonomia, criatividade e destreza, assim como procurou sempre ter uma intervenção ativa na formação, nomeadamente após identificação das necessidades formativas e pela manifestação dos pares em esclarecer dúvidas sobre os cuidados de enfermagem ao doente queimado.

O doente queimado enquadra-se na definição de Pessoa em Situação Crítica, enquanto aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2011),

neste sentido acrescidas às competências comuns do enfermeiro especialista surgem as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Nesta medida procurei prestar cuidados de maior complexidade, dando resposta imediata às necessidades afectadas e que permitiram manter as funções básicas de vida, implementando intervenções de enfermagem na gestão da dor garantindo o bem-estar, dinamizando a resposta em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, e no planeamento e implementação de intervenções de enfermagem na prevenção e controlo da infeção, objeto que constitui o pilar deste projeto.

Anterior a este projeto, fui convidada a colaborar na criação do primeiro Curso de Suporte Avançado de Vida em Queimados, enquanto co-autora em dois capítulos do manual de curso e formadora do mesmo curso, continuando a colaborar até à atualidade. Entendi este convite como o reconhecimento pelos pares, enquanto perita nos cuidados ao doente queimado.

A pesquisa da evidência científica, que tomou a forma de uma RIL, considero que poderá ser um contributo para futuros trabalhos, que certamente se desenvolverão em torno desta temática, pelo que se projeta futuramente a publicação da mesma.

A dedicação ao doente queimado motivou a minha nomeação, por parte da Ordem dos Enfermeiros, para colaborar com a ACSS, na elaboração do procedimento Recomendações Técnicas da Unidade de Queimados, documento que ainda não foi publicado.

Também no decorrer deste processo, surgiram projetos futuros, enquanto gestora de risco local, e na liderança do projeto de “Avaliação de Risco de Infeção Inicial”, no meu serviço, e que entronca nos pressupostos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente na intervenção da prevenção e controlo da infeção com a ***“participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado com base na evidência científica; a participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade; a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infeção, face***

às vias de transmissão na pessoa em situação crítica; a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica”.

Concomitantemente, o convite para participar num programa de televisão “Casos Clínicos”, no canal cabo S+, sobre “As Queimaduras”, onde tive a oportunidade de elencar um painel de convidados peritos na área das queimaduras. Foi uma experiencia muito gratificante e enriquecedora, e no qual foi possível dar visibilidade à importância do enfermeiro que cuida do doente grande queimado.

Convicta que o processo formativo realizado contribuiu grandemente para os ganhos na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas, comuns e específicas, assim como na partilha de aprendizagens, e que se traduzem na melhoria dos cuidados de enfermagem que presto, procurando a excelência do exercício, tal como merecem todos aqueles que cuidamos.

Através deste relatório, pretendeu-se ainda fazer um relato das experiências vividas nos contextos de aprendizagem, e que foram promotoras de um grande desenvolvimento pessoal e profissional, atestando que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

De acordo com o modelo de Dreyfus, de aquisição de competências, adaptado à Enfermagem por Patricia Benner, a aquisição de competências passa por cinco níveis sucessivos de competência que vão desde iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. De acordo com a definição de Patricia Benner de enfermeira perita, considero ter atingindo este nível de proficiência.

Reconhecidas as dificuldades e os constrangimentos que surgiram durante este percurso, que considero terem engrandecido a satisfação pela realização pessoal e profissional deste projeto, que chegado ao fim é produto inacabado... e que poderá constituir-se como um instrumento catalisador para a continuidade do desenvolvimento científico desta temática através do doutoramento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. Revista Referência, Vol. 6, pp. 53-59.
- Allegranzy, B; Pittet, D.(2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. Journal of Hospital Infection. ISSN 0163-4453. Vol. 73 (3) p. 305-315
- Al-Mousawi, A., Rivera, G., Jeschke, M., Herndon, D. (2010). Burn Teams and Burn Centers: The Importance of a Comprehensive Team Approach to Burn Care. Clinics in Plastic Surgery, vol. 36 (4), p. 547-554.
- Alminhas, Sílvia. Cuidar da pessoa no Serviço de Urgência. In Revista Nursing nº75, Novembro 2007, p. 57-60.
- Amante, I., Rossetto, a., Schneider, D.(2009) Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol.43 (1), p.54-64. São Paulo.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito (1ª ed.). Coimbra: Quarteto
- Bolgiani, A., Serra, M. (2010). Atualização no tratamento local das queimaduras. Revista Brasileira de Queimaduras. 9(2), p.38-44.
- Boyce, J. (2016). Modern technologies for improving cleaning and disinfection of environmental surfaces in hospitals. Antimicrobial Resistance and Infection Control journal. 5(1) p.5-10.
- Bratzler et al, (2013). Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. Volume 14(1) p.73-156.
- Brown, S., Jones, E., Welch, R.(2012). Preventing Health Care-Associated Infections in Burns Patients. Journal of Critical Care. Vol. 34, p.2-14.

Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service. (2004). National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. Atlanta. Journal of Infection Control, 32, p.470-85.

Chaves, S. (2013). Ações da enfermagem para reduzir os riscos de infecção em grande queimado no CTI. Revista Brasileira de Queimaduras, 12 (3), p.140–144.

Coban, Y. (2012). Infection Control in severely burned patients. World of critical Care Medicine (4), p.94-101.

Cohen, M., Nygaard, M., Fey R., Wagner A., Johnson A. (2016). The Impact of a Universal Decolonization Protocol on Hospital-Acquired Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in a Burn Population. Journal Of Burn Care & Research, Vol. 37 (6), p. 525-530

Collière, M. (2003). Cuidar...A primeira arte de vida. 2ª ed.. Lusociência. Loures.

Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015 Despacho n.º 1400-A/2015 Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

Diário da República, 2ª serie — N.º 123 — 26 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

D'Espiney, L., et al (2004). Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional - Grupos por área de conhecimento.
http://www.fap.pt/fotos/gca/Bolonha_Enfermagem.pdf

Direção Geral de Saúde, (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. Lisboa

Direção Geral de Saúde, (2012). Vigilância das infeções do local cirúrgico: helics-cirurgia relatório 2006-2010. Lisboa

- Direção Geral de Saúde, (2015). Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. Lisboa
- Direção Geral de Saúde, (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde, (2017). “Comunicação Eficaz na Transição dos Cuidados de Saúde ”. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde, (2017). “Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto”. Lisboa.
- Ferreira, R. (2015) Doenças cérebro-cardiovasculares em números. Direção Geral da Saude. Lisboa.
- Fontana, R. (2006). As infeções hospitalares e a evolução histórica das infecções. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59 (5), p. 703-706.m
- Echinard, C. & Latarjet, J. (2012). Queimaduras. Loures: Lusociência.
- Eggleston, K. O ambiente dos cuidados na urgência. Em PHIPPS, W., et al Enfermagem médico-cirúrgica. 6ª Edição.(2003) Lusociência. Loures
- European Burns Association. (2015). European Practice Guidelines for Burn Care (3ª ed.). Hannover, Germany
- Fontana, R. (2006). As infeções hospitalares e a evolução histórica das infecções. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59 (5), p. 703-706.
- French,L, Otter, J., Shannon K., Adams N., Watling D., Parks, M. (2004). Tackling contamination of the hospital environment by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): A comparison between conventional terminal cleaning and hydrogen peroxide vapour decontamination. The Journal Hospital Infection. Vol.57(1). p.31-37.
- Furukawa, C., & Howe, J. (2000). Virginia Henderson. Em Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional (4ª ed., pp. 59-74). São Paulo.

- Decreto-Lei n.º 115/2013 (2013). Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República, 1ª Série, 151, 4749-4772.
- Direção Geral Saúde. (2010) Orientação de Boa prática clínica para higiene das mãos nas unidades de saúde. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa
- Dokter, J., Brusselaers, N., Hendriks, W. Boxwer, H. (2016). Bacteriological cultures on admission of the burn patient: To do or not to do, that's the question. Journal of the International Society for Burn Injuries. Vol. 42 (2), p. 421–427
- Fabião, A., et al. (2005) Formação: Contributo para a Qualidade. Servir, 53, nº5. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde.
- Fernandes, M. – O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Doutoramento.
- Fleury, T., Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. RAC, Edição Especial. P.183-196
- Gomes, D., Serra, M., Pellon, M. (1997). Tratamento de Queimaduras: Um guia Prático (1ª ed.). Revinter. Rio de Janeiro.
- Haberal, M.; Abali, A.E.S. & Karakayali, H. (2010). Fluid Management in major burn injuries. Indian Journal of Plastica Surgery, 43, p.29-46.
- Henderson, V. (2007) – Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures. Lusodidacta
- Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. The American Journal of Nursing. (64)8, p.62-68
- Hidalgo, F., Mas, D., Rubio, M., Garcia-Hierro, P. (2016). Infections in Critically ill Burn Patients. Revista Medicina Intensiva. (40)3, p. 179-185.

- Le Boterf, G. (1994). De la compétence. Essai sur un attracteur étrange. Paris, Les Editions d'organisation
- Loureiro, R., Roque, F., Rodrigues, A., Herdeiro, M., Ramalheira, E. (2016). O uso de antibióticos e as resistências bacterianas: Breves notas sobre a sua evolução. Revista Portuguesa de Saude Publica. Vol.34 (1),p. 77-84
- Mann, E.; Baun, M.; Meininger, J.; Wade & C.E. (2012). Comparison of mortality associated with sepsis in the burn, trauma, and general intensive care unit patient: a systematic review of the literature. Shock (Augusta, GA), Vol. 37 (1), p. 4-16.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Nori, J., Saghafinia, M., Kalanta, M., Khademolv, S. (2012) CPR training for nurses: How often is it necessary? Iranian Red Crescent Medical Journal. Vol. 14, no. 2, p. 103–106.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Apresentado no II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- Nunes, L. (2010). Do Perito e Do Conhecimento em Enfermagem. Revista Percursos, 17, p. 3-9.
- Oliveira, L., Azeredo, T. (2013) Monitorização hemodinâmica invasiva. Revista Sinais Vitais, Abril, p. 44-54.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2008).Dor- Guia orientador de boa prática. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa.

- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Publica. Vol. 10, p. 27-39.
- Rafla, K., Tredget, E., (2011). Infection Control in the Burn Unit. Elsevier Journal from ISBI and Elsevier. Vol. 37 (1), p.5–15.
- Rocha, E., Nogueira, P. (2015) As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: uma perspetiva epidemiológica. Revista Factores de Risco. Sociedade Portuguesa de Cardiologia, p.35-44.
- Rowan et al, (2015). Burn wound healing and treatment: review and advancements. Critical Care,(19) p. 1-12.
- Rowley-Conwy G (2010) Infection prevention and treatment in patients with major burn injuries. Nursing Standard.Vol. 25 (7), p. 51-60.
- Rutala, W., Weber, D., and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. Centers of Disease control and prevention. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos
- Stone, P. et al (2009). Staffing and structure of infection prevention and control programs. American Journal of infection control. Vol 37(5). p.351-357.
- Phipps, W., et al. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica- Conceitos e Prática Clínica. 6ªEd. Lisboa: Lusodidacta.
- Siegel Jane D.; Rhinehart Emmly; Jackson Marguerite; Chiarello Linda. (2007). Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta, GA: Healthcare Infection Control Practices

Advisory

Committee,

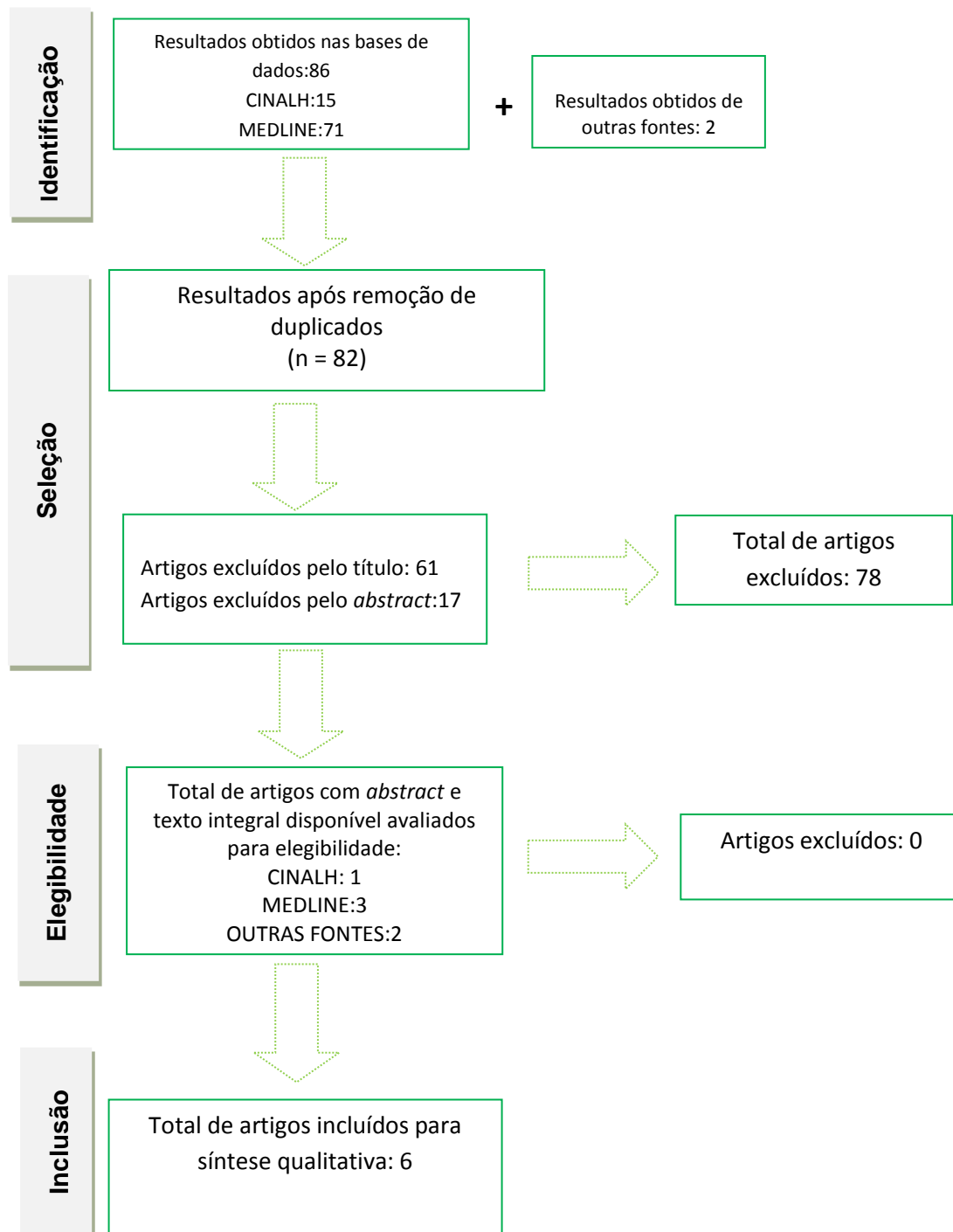
http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Pages1_3_Isolation2007.pdf

- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªed. Loures: Lusociência.
- Urden, Linda et al. (2008). Enfermagem de Cuidados Intensivos- diagnóstico e intervenção. 5ª ed.Loures: Lusodidacta.
- Vaz, C., Catita, P. (2000) Cuidar no Serviço de Urgência. Revista Nursing nº148, Setembro, p. 14-17.
- Weber,J., McManaus, A.(2004). Infection Control in Burn Patients. Journal of Burns. (30), p. 16-24.
- Wibbenmeyer, L., Danks, M., Faucher, M., Amelon, N., Latenser, M., Kealey, M., Herwaldt, M. (2006). Prospective Analysis of Nosocomial Infection Rates, Antibiotic Use, and Patterns of Resistance in a Burn Population. Journal of Burn Care & Researc, Vol. 27 (2), p. 152-160.

APÊNDICES

Apêndice I
Diagrama da pesquisa
(PRISMA 2009, Flow Diagram)

Diagrama da pesquisa – RIL



Apêndice II

Sessão Formativa: Abordagem ao doente grande queimado no Serviço de Urgência

ABORDAGEM AO DOENTE GRANDE QUEIMADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mestranda: Maria João Salsinha Várela Mendes

Professor Orientador: Jorge Ferreira

Enfermeira Orientadora: Célia Cardoso

Novembro 2017

Fatores de Risco (Mortalidade)

- *ASCQ*
- *Idade*
- *Lesão inalatória*



- + Frequentes – líquidos ferventes
- + Graves – chama

- *Obesidade*
- *Diabetes*
- *Álcool*
- *Doenças neurológicas*
- *Doenças cardiovasculares*

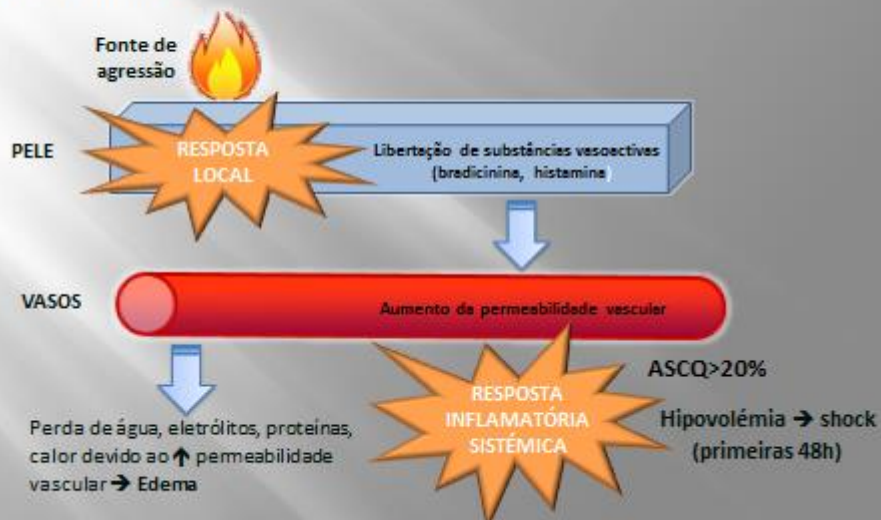
Adultos → chama + flash

Crianças e Idosos → escaldões

Epilepsia, drogas de abuso, álcool → contacto

Novembro 2017

Fisiopatologia



Novembro 2017

Fisiopatologia – Resposta Sistémica

FASE IMEDIATA	FASE HIPERDINÂMICA	FASE HIPERMETABÓLICA	FASE RESOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Resposta à Dor Mediadores Inflamatórios Taquicardia, Taquipneia, HTA, Ansiedade ↑ edema na área queimada 	<ul style="list-style-type: none"> 18-24h (pico às 6h) Permeabilidade capilar aumentada Aumento da migração de fluidos para o espaço extravascular Hipovolémia, ↑ RV Periférica e pulmonar, ↑ Edema tecidual, ↓ Débito cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> Dias a semanas Aumento das necessidades metabólicas Iniciada recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> Cicatrização Reabilitação e recuperação da função normal

Novembro 2017

Classificação das Queimaduras



Novembro 2017

AVALIAR o DOENTE mesmo antes de tratar a queimadura

Queimadura Moderada/Grave



Avaliação Primária

A
B
C
D
E



Fluidoterapia (2 acessos venosos periféricos ou CVC)

Avaliação Secundária

A
M
P
L
E

Trauma! (Registo Trauma)

Novembro 2017

Índice CLARK et al

Queimadura da via aérea?	
<i>Escola Clark et al</i>	
Lesão Presumível Via Aérea, Score ≥ 2	Score
Espaço fechado	1
Dispneia	1
Alteração consciência	1
Rouquidão	1
Queimadura da face	1
Expectoração Carbonácea	1
Fervores / alterações auscultatórias	1
Total	
Queimadura da via aérea?	Sim Não NA

**LESÃO INALATÓRIA (>2) :**

- ENTUBAÇÃO!!!!
- Gasimetria
- Carboxihemoglobina
- RX Tórax
- Laringoscopia/broncofibroscopia

Novembro 2017



Novembro 2017

Cuidar ...

Cleaning

- Momento que **provoca dor** -nunca injectar anestésico localmente nem usar anestésicos tópicos.
- Desinfetantes???
- Resíduos de alcatrão - usar vaselina líquida para remoção - não desbridar.
- Flictenas??? Penso biológico - remover as que não estiverem íntegras - remover se estiverem localizadas em zonas articulares de grande amplitude.

Chemoprophylaxis

- Imunização antitetânica
- Profilaxia antimicrobiana tópica (**Prevenção Infecção**)
- Pensos biológicos (Unidade de Queimados)

Novembro 2017

Cuidar ...

Covering

- Penso (Adequabilidade)

Confort

- Imobilização
- Elevação da área anatómica afectada
- Controlo da dor

Novembro 2017

Penso...



Previne infeção

Promove conforto

Previne desidratação

Previne perda de calor

Controle da dor



Novembro 2017

Fluidoterapia/Ressuscitação

- O seu sucesso depende do ajusto do fluído e da velocidade de infusão à monitorização de parâmetros fisiológicos – “endpoints”

- **Objetivo – manutenção de um débito urinário de 0,5 a 1 ml/Kg/h**

Fórmula mais usada/estudada é a Fórmula de Parkland – soluções cristalóides (guideline)

$$4\text{ml} \times \text{ASCTQ}\% \times \text{peso (Kg)} = \text{total}$$

1ª 8 horas

½ do total

2ª e 3ª 8 horas

½ do total

A contagem das 1ªs 24 horas inicia-se no momento da queimadura

A ressuscitação adequada evita a lesão de órgão alvo que resulta da síndrome de resposta inflamatória sistémica

Novembro 2017

Despiste e Prevenção de Complicações

- Q. Face e Pescoço- Elevação cabeceira a 45º (prevenção edema)
- Q. Membros- Elevação e despiste de compromisso neurocirculatório (Penso em Janela)
- Q. Circunferenciais do tronco – Vigiar padrão Respiratório



Escarotomias / Fasciotomias

Novembro 2017

Continuação dos cuidados...

I	<ul style="list-style-type: none">• Identificação Intervenientes• Enfermeiro emissor/Enfermeiro recetor
S	<ul style="list-style-type: none">• Situação Atual• Doente vitima de... (Agente Causal/Profundidade/ASCQ)• Hora do incidente
B	<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes• HTA, Dislipidemia, DMII...
A	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação• Fluidoterapia (Soros entrados/Debito urinário)• Vacinação Antitetânica, Analgesia, Ansiolíticos...
R	<ul style="list-style-type: none">• Recomendações• Elevação de membros, cabeça• Pensos em "janela", Vigilancia de extremidades...

Novembro 2017

Bibliografia

- Australian and New Zealand Burn Association. Emergency Management of Severe Burns (EMSBS) Course Manual. 8th Edition. January 2004.
- Charles H. Thorne, Scott P. Bartlett, Robert W. Beasley, Sherrell J. Aston, Geoffrey C. Gurtner, Scott L. Spear. Grabb and Smith's Plastic Surgery (Grabb's Plastic Surgery). 6th Edition. 2007.
- European Burns Association. (2015). European Practice Guidelines for Burn Care (3rd ed.). Hannover, Germany: European Burns Association
- Giele H, Cassell O. Oxford specialist handbooks in plastic and reconstructive surgery. Oxford University Press. 2008.
- Neligan P.C. Plastic Surgery. 3rd edition. 2013.
- Royal Adelaide Hospital – Burns Unit (2011). *First aid and emergency management of adult burns*, 2011 Practice Guidelines
- WHO. *A WHO Plan for Burn Prevention and Care*. Geneva: World Health Organization; March 2008.
- Wounds International (2014). *International best practice guidelines: Effective skin and wound management of non complex burns*

Novembro 2017



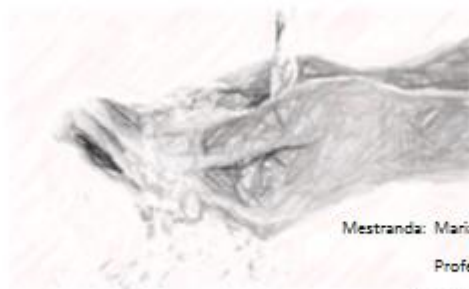
Novembro 2017

Apêndice III

Sessão Formativa: Higienização das mãos e o uso adequado de luvas

Higienização Mãos

Uso correto das luvas



Mestranda: Maria João Salsinha Varela Mendes

Professor Orientador: Jorge Ferreira

Enfermeira Orientadora: Luísa Afonso

Janeiro 2018

Higienização das Mãos



Direção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas
Unidades de Saúde

Nº: 13005/050
DATA: 14/06/2010

Para: Todas as Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde

Contacto na DGS: Departamento de Qualidade na Saúde/
Divisão de Segurança do Doente - Cristina Costa

Objetivo:

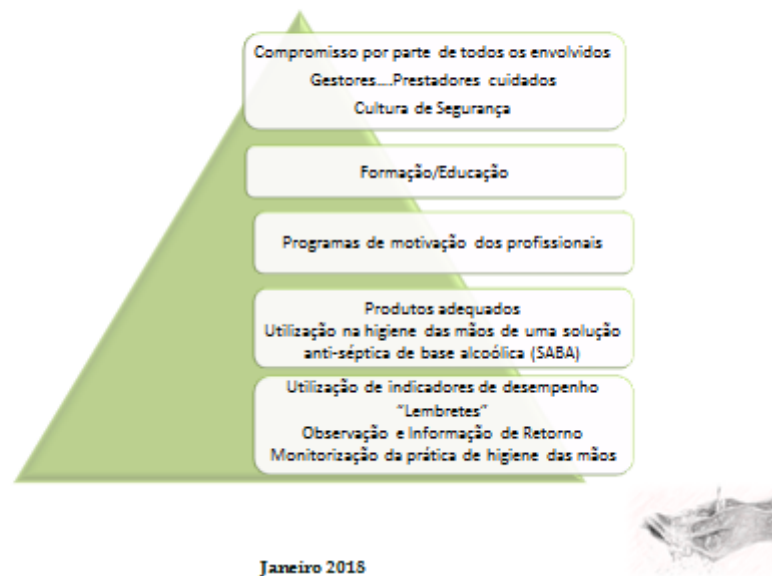
Contribuir directamente para a prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde e, indirectamente, para o controlo das resistências aos antimicrobianos.



Janeiro 2018

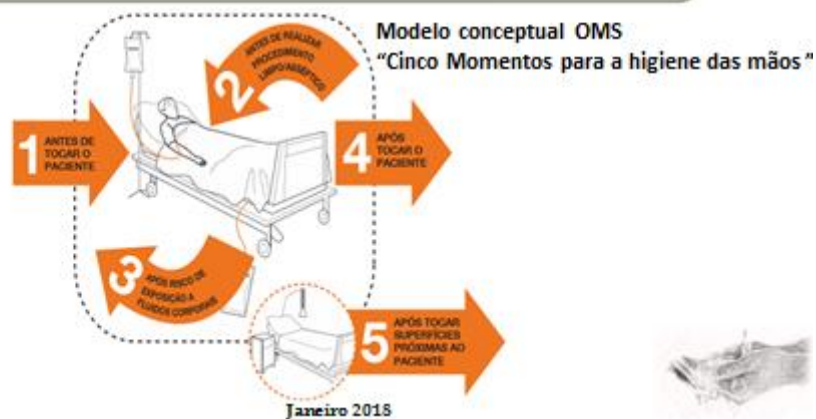


Estratégia multimodal para Higiene das mãos:



Modelo Conceptual:

- ✓ A lavagem das mão é a medida mais importante na prevenção da infeção;
- ✓ Os cinco momentos para a higienização das mão é uma medida fundamental na cadeia de transmissão de infeção.



Higienização das mãos...com o quê?

Lavagem com água e sabão:

- ✓ Quando visivelmente sujas ou contaminadas;
- ✓ sempre após utilização de casa de banho;
- ✓ Sempre que haja suspeita ou confirmação de potencial exposição a microrganismos esporulados.

SABA (anti-séptico de base alcoólica):

- ✓ Nos cinco momentos quando as mãos não estão visivelmente sujas;

O USO DE LUVAS NÃO SUBSTITUI A NECESSIDADE DE HIGIENE DAS MÃOS!



Janeiro 2018



Higienização das mãos...princípios gerais

- ✓ Retirar jóias e adornos das mãos e antebraços;
- ✓ Manter as unhas limpas, curtas, sem verniz, gel ou gelinho;
- ✓ Utilizar e respeitar a técnica (lavagem com água e sabão ou SABA), tendo em conta o tempo de contacto e as áreas a abranger;
- ✓ Ter atenção à lavagem dos espaços interdigitais, polpas dos dedos, polegar e punho;
- ✓ Secar ou deixar secar bem as mãos, de acordo com o procedimento escolhido.

Formação

Produtos eficazes

Dispensadores
acessíveis e em locais
estratégicos

Monitorização

Janeiro 2018



Uso e Gestão de Luvas:



NORMA

da Direção-Geral da Saúde

NÚMERO:	013/2014
DATA:	25/08/2014
ATUALIZAÇÃO:	07/08/2015
ASSUNTO:	Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde
PALAVRAS-CHAVE:	Luvas, seleção de luvas, uso adequado de luvas, gestão do uso de luvas
FINAL:	Profissionais de saúde das Unidades de Saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dsq@dggs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infetões e de Resistência aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos emite a seguinte:

Objetivo:

Avaliar risco antes do procedimento para posterior seleção do uso e do tipo de luvas correto.



Uso e Gestão de Luvas – Quando usar:

- ✓ Quando se prevê contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos;
- ✓ Contexto de medidas de barreira no âmbito de isolamento de contacto;
- ✓ Em caso de risco particularmente elevado devem ser usados dois pares de luvas com sistema de indicação de perfuração;
- ✓ Em caso de exposição a fluidos corporais devem ser usadas luvas de punho alto para cobrir o antebraço.



Janeiro 2018



Objetivos do uso de luvas:

- ✓ Reduzir o risco de contaminação das mãos profissionais;
- ✓ Reduzir risco de disseminação de microrganismos no ambiente;
- ✓ Evitar o uso indevido:
 - Desperdício recursos
 - Risco de problemas cutâneos
- ✓ Meio proteção e segurança para doentes e profissionais, em conjunto com 5 momentos para higiene das mãos.



A utilização de luvas não garante a proteção total:

- ✓ Integridade completa das luvas não pode ser garantida
- ✓ Possibilidade de contaminação das mãos durante a remoção das luvas

Janeiro 2018



Não utilizar luvas

Não há previsão de exposição a sangue, fluidos orgânicos, ou ambiente contaminado

Contato direto:

- Avaliar TA, temp., pulso;
- Auscultação e palpação;
- Adm. Injeções SC, IM;
- Vestir o doente;
- Transporte do doente;
- Cuidados aos olhos e ouvidos (sem secreções);
- Manipular acesso venoso (sem presença de sangue)

Contato indireto:

- Usar telefone;
- Adm. med. Oral;
- Distribuir e fornecer medicação;
- Substituição roupa cama;
- Colocar sonda O2
- Mobilização mobiliário



Janeiro 2018



Utilizar luvas limpas

Não há previsão de exposição a sangue, fluidos orgânicos, ou ambiente contaminado

Contato direto:

- Contato com sangue, mucosas e pele não íntegra;
- Higiene oral e perineal;
- Situações epidêmicas e de emergência;
- Inserção e remoção de cateteres periféricos;
- Colheita e sangue;
- Interrupção da linha venosa;
- Exames pélvico/vaginal
- Aspiração de secreções e tubo ET em sistemas não fechados (luvas tipo palhaço esterilizadas)



Contato indireto:

- Despejar arrastadeiras;
- Limpar salpicos de fluidos;
- Manusear resíduos.

Janeiro 2018



Utilizar luvas esterilizadas

Não há previsão de exposição a sangue, fluidos orgânicos, ou ambiente contaminado

- Procedimentos cirúrgicos;
- Partos vaginais;
- Procedimentos radiológicos invasivos;
- Colocação de acessos/cateteres/drenagens;
- Manipulação de CVC;
- Procedimentos intravasculares;
- Preparação e Nutrição parentérica e quimioterapia.



O USO DE LUVAS NÃO SUBSTITUI A NECESSIDADE DE HIGIENE DAS MÃOS!



Janeiro 2018



Substituição/Mudança/Remoção de Luvas

Não usar jóias

Manter as unhas curtas e limpas

Conjuntamente com outros equipamentos de proteção individual (EPI)

✓ Retirar primeiro lugar

✓ Colocar último lugar

Colocar as luvas imediatamente antes do contacto/procedimento

Trocar de luvas em procedimentos diferentes

✓ No mesmo utente (quando aplicável)

✓ Procedimento mais limpo para o mais sujo

✓ Trocar de luvas quando danificadas

Higienizar as mãos imediatamente antes e após retirar luvas e inutilizar



Janeiro 2018



Algoritmo – Avaliação Risco/Seleção luvas

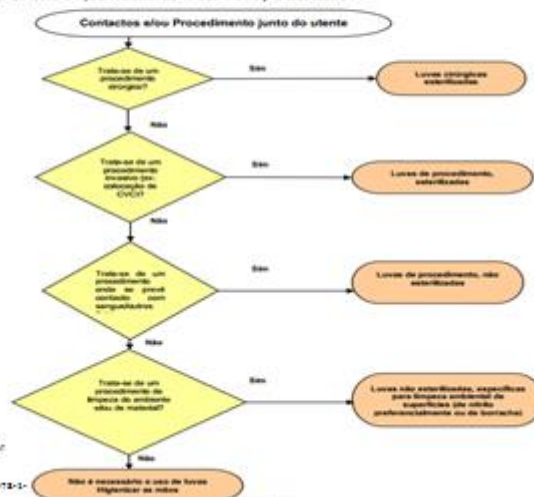


DGS
Direção-Geral da Saúde

NORMA I
da Direção-Geral da Saúde

10. Os algoritmos clínicos

Avaliação de risco do profissional de saúde e seleção das luvas²⁹



Nota: Trabalho adaptado de Public Health Agency of Canada (PHAC): "Glove Practices and Guidelines: Prevention, Assessment and Mitigation Tools", ISBN: 978-1-100-10041-0, 2012.

Janeiro 2018



Algoritmo – Avaliação Risco/Seleção luvas/Exemplos



NORMA I

da Direção-Geral da Saúde

Algoritmo de avaliação de risco para a Seleção de Luvas a utilizar em Procedimentos clínicos e não-clínicos¹²



Janeiro 2018

Muito Obrigada!



Janeiro 2018

Bibliografia:

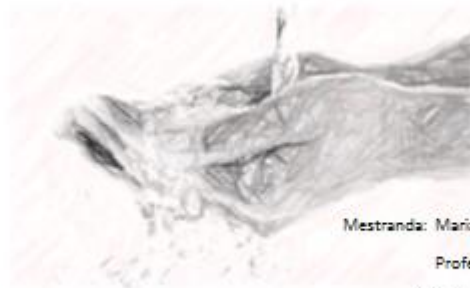
- ✓ Comissão de Controlo de Infecção da ARS Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2009) Manual de Procedimentos. Lisboa.
- ✓ Direcção-Geral da Saúde (2007). Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática. Lisboa.
- ✓ Direcção-Geral da Saúde (2015). Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Lisboa.

Janeiro 2018



Higienização Mãos

Uso correto das luvas



Mestranda: Maria João Salsinha Varella Mendes









Professor Orientador: Jorge Ferreira

Enfermeira Orientadora: Luísa Afonso

Janeiro 2018

Apêndice IV

Poster: Descontaminação de material e superfícies

Descontaminação Diária na Unidade do Doente					
Área a Higienizar	Ação	Produto a utilizar	Como	Freq.	EPI's
	Lavagem /Descontaminação	Detergente/ Desinfetante à base de cloro	Lavar com água e detergente Enxaguar com água limpa Descontaminar com a solução adotada, em pulverização e friccionar Deixar secar	1X dia e SOS	Avental Luvas
	Descontaminação	Toallete impregnado com Detergente/ Desinfetante	Retirar matéria orgânica visível com toallete e desperdiçar (quando aplicável) Descontaminar com toallete impregnado em detergente/desinfetante	1X dia e SOS	Avental Luvas
	Descontaminação	Toallete impregnado com Detergente/ Desinfetante	Descontaminar com toallete impregnado em detergente/desinfetante Deixar secar	Antes do equipamento entrar e antes de sair da unidade do doente	Avental Luvas
	Descontaminação	Toallete impregnado com Detergente/ Desinfetante	Descontaminar com toallete impregnado em detergente/desinfetante Deixar secar	1X dia e SOS	Luvas
	Descontaminação	Toallete impregnado com Detergente/ Desinfetante	Descontaminar com toallete impregnado em detergente/desinfetante Deixar secar Colocar película aderente após a desinfeção	Descontamina 1X turno M/T e SOS Substitui película turno N	Desnecessário
	Descontaminação	Detergente/ Desinfetante em pulverizador	Retirar matéria orgânica visível com toallete e desperdiçar (quando aplicável) Descontaminar com a solução adotada através de pulverização e fricção Deixar secar	1X turno e SOS	Avental Luvas
	Lavagem /Descontaminação	Mopa impregnada em detergente	Lavagem com mopa individualizada previamente impregnada.	2X turno M 1X turno T SOS	Desnecessário
	Lavagem /Descontaminação	Detergente/ Desinfetante à base de cloro	Lavar com água e detergente Fazer aplicação de desinfetante em pulverização e posterior fricção	1X turno M (após cuidados ao doente-Banho/ Penso) e SOS	Avental Luvas

Apêndice V
Guião de Observação

Guião de Observação

	Observação/Comentários
1. Visita guiada à Unidade de Queimados (estrutura física, dinâmica da UQ)	
2. Normas e protocolos existentes no âmbito do controle da infeção	
3. Intervenções de Enfermagem Especializadas protocoladas que promovam o Controlo da Infeção	
4. Soluções antissépticas e desinfetantes utilizados no banho terapêutico e na desinfecção das queimaduras	
5. Evidência de formação no controle da infeção	
6. Rácio enfermeiro/doente	
7. Regime de visitas	

